Health and Welfare Canada
Santé et Bien-être social Canada
Canada

GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY

Report of a Task Force convened by the
Canadian Association of Occupational Therapists and the
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY

Report
of a Task Force
convened by the
Canadian Association of Occupational Therapists
and the
Health Services Directorate
Health Services and Promotion Branch

Published by the authority of the
Minister of National Health and Welfare

OTTAWA
October 1983

COPIES OF THIS REPORT
MAY BE OBTAINED FROM:

Institutional and Professional Services Division
Health Services Directorate
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Copies are available
in French
under the title
LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À
LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE
AXÉE SUR LE CLIENT

©Minister of Supply and Services Canada 1983
Cat. No. H39-33/1983E
ISBN 0-662-12913-X

FOREWORD

In response to a request from the Canadian Association of Occupational Therapists, the Department of National Health and Welfare brought together a group of experts to produce this report entitled GUIDELINES FOR THE CLIENT-CENTRED PRACTICE OF OCCUPATIONAL THERAPY. General guidelines from referral to follow-up and detailed assessment and program planning guidelines are presented in this report. The development of detailed intervention guidelines is scheduled for future work. Hopefully these benchmarks will encourage continuing reexamination of existing practices.

National and provincial professional associations as well as practising professionals across Canada are invited to review these consensus guidelines and send comments to the address given on page ii.

This report is not a statement of federal government policy but constitutes a part of the information base from which policies may be developed. It is hoped that the report will be a valuable guide in practising, planning, setting policy on, and administering clinical activities in occupational therapy. In this way the report may serve to enhance quality of care in health services in Canada.

Further, the intent of these consensus guidelines is not to formally standardize the delivery of services across Canada. It is neither the role nor the mandate of the Department of National Health and Welfare to implement these guidelines. Rather, the department's role is to facilitate the development of a framework of common goals, practices and procedures. Thus, implementation will vary provincially and regionally depending on human and material resources, and on policies and priorities of those provinces and regions.

CONTENTS

		PAGE
	FOREWORD	iii
	MEMBERS OF TASK FORCE	vi
	SUMMARY	viii
	RECOMMENDATIONS	ix
	LETTER OF TRANSMITTAL	xi
	ESTABLISHMENT AND REPRESENTATIVENESS OF TASK FORCE	xii
	TERMS OF REFERENCE	xiii
	GLOSSARY	xiv
Chapter I	INTRODUCTION	1
Chapter II	CONCEPTUAL FRAMEWORK	7
Chapter III	GENERAL GUIDELINES FOR CLIENT-CENTRED OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE	13
Chapter IV	SPECIFIC ASSESSMENT GUIDELINES	23
Chapter V	SPECIFIC PROGRAM PLANNING GUIDELINES	29
	REFERENCES	33
	SELECTED BIBLIOGRAPHY	35
Appendix A	Examples of Interacting Elements of Individuals	37
Appendix B	Administrative Guidelines for the Establishment of an Occupational Therapy Service	40
Appendix C	Case Illustration	43

MEMBERS OF TASK FORCE

Thelma Gill, MEd, BScOT, OT(C) (Chairperson)	Assistant Professor Program in Occupational Therapy University of Western Ontario London, Ontario.
Eve Kassirer, MA (Coordinator)	Medical Sociologist Institutional and Professional Services Health Services Directorate Department of National Health and Welfare Ottawa, Ontario.
Elizabeth Townsend (Baglole), MAdEd, BScOT, OT(C)	Lecturer School of Occupational Therapy Faculty of Health Professions Dalhousie University Halifax, Nova Scotia. and formerly Island Occupational Therapy Services Charlottetown, Prince Edward Island.
Micheline H. Marazzani, MSc, BSc, (ergothérapie), OT(C)	Professeur agrégé École de réadaptation Faculté de médecine Université de Montréal Montréal, Quebec.
Simon Ramesar, MB, ChB, DipPsych, FRCP(C) (Representative of the Canadian Psychiatric Association)	Associate Professor Family Medicine and Psychiatry Queen's University, Kingston, Ontario.

Barbara Quinn, BScOT, OT(C)	Assistant Director Community Occupational Therapy Associates Toronto, Ontario.
Seanne Wilkins, Dip OT, OT(C)	Director Rehabilitation Services Humber Memorial Hospital Toronto, Ontario, and formerly Executive Director, Canadian Association of Occupational Therapists.
Sharon Brintnell, MSc, BOT, OT(C)	Associate Professor Department of Occupational Therapy Faculty of Rehabilitation Medicine The University of Alberta Edmonton, Alberta.
David Skelton, MBBS, MRCS, LCCA, MRCGP, DM	Head Department of Geriatric Medicine Edmonton General Hospital Edmonton, Alberta, and Professor and Chairman Division of Geriatric Medicine Faculty of Medicine The University of Alberta Edmonton, Alberta.
Susan Laughlin, BSR, OT(C)	Director Rehabilitation Services Shaughnessy Hospital Vancouver, British Columbia.

Dr. David Symington, Director, Department of Rehabilitation Medicine, Kingston General Hospital acted as a corresponding member and representative of the Canadian Medical Association.

SUMMARY

1. The selected literature review revealed three areas on which data could be collected for assessing quality of care. These areas are: structure, process and outcome.

2. The Task Force agreed to develop national consensus guidelines for the practice of occupational therapy that focussed on process.

3. General guidelines were developed for client-centred occupational therapy practice from referral through to follow-up, thereby providing a Canada-wide framework of common goals, practices and procedures.

4. Specific guidelines were developed for assessment and program planning.

5. A conceptual framework was developed, including an occupational performance model.

6. The Task Force recognized the need to develop specific intervention guidelines.

7. The national process guidelines presented in this report are time specific and are relevant to the current practice of occupational therapy in Canada. The acquisition of new knowledge may necessitate the revision of these guidelines.

RECOMMENDATIONS

ON THE BASIS OF THIS REPORT, THE TASK FORCE RECOMMENDS THAT THESE GUIDELINES:

1. be circulated to occupational therapists across Canada to improve the quality of care they provide;

2. be reviewed by individual therapists in order to evaluate their own performance and to plan for their continuing education;

3. be used as benchmarks for the development of program evaluation and peer review;

4. be used in discussions with facility administrators about the practice of occupational therapy;

5. be used as suggested benchmarks in setting up new or remodelled departments for the practice of occupational therapy;

6. be used by provincial occupational therapy organizations to develop standards før practice within their provinces. The application of the guidelines may vary throughout Canada and it is the prerogative of each province to apply the guidelines according to provincial priorities; and

7. be considered by educational programs for use in the development of their curricula.

AND FURTHER THAT:

8. government agencies encourage and support the utilization of these guidelines;

9. the Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) facilitate the formation of study groups to discuss these guidelines and their implications for the profession;

10. individuals, provincial organizations, and CAOT forward comments and suggestions about the guidelines to the Department of National Health and Welfare, to be considered by the Task Force in the development of future guidelines;

11. research be supported on the effectiveness of occupational therapy practices and procedures; and

12. this Task Force continue to work on intervention guidelines.

LETTER OF TRANSMITTAL

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS
801 EGLINTON AVENUE WEST, SUITE 401, TORONTO, ONTARIO, M5N 1E3 789-2689
ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTES

Program in Occupational Therapy
The University of Western Ontario
London, Ontario N6A 5C1

July 11, 1983

Maureen Law, M.D., F.R.C.P.(C)
Assistant Deputy Minister
Health Services and Promotion Branch
Department of National Health and Welfare
Ottawa, Ontario
K1A 1B4

Dear Dr. Law:

It is my privilege to transmit to you the report of the Task Force on Guidelines for the Practice of Occupational Therapy.

The Task Force was established in December 1979 in response to a request from the Canadian Association of Occupational Therapists. The Task Force consists of seven occupational therapists, a geriatrician and one representative each from the Canadian Psychiatric Association, the Canadian Medical Association and the Department of National Health and Welfare.

The report presents a conceptual framework for occupational therapy, Canada-wide general guidelines for practice, and specific guidelines for assessment and program planning. These consensus guidelines which are unanimously supported by the Task Force, represent the completion of Stage 1 of the project. The Task Force recommends that Stage 11 be initiated to develop detailed intervention guidelines.

I thank the members of the Task Force for their invaluable contributions and support. I especially thank Mrs. Eve Kassirer, Medical Sociologist, Institutional and Professional Services Division, for her encouragement and expert advice throughout this project. The leadership and support of the Department of National Health and Welfare is greatly appreciated.

Yours sincerely,

Thelma Gill

Thelma Gill, M.Ed., BSc.O.T., O.T.(C)
Chairman, Task Force on Guidelines for the
Practice of Occupational Therapy

ESTABLISHMENT OF TASK FORCE

In 1979 the chairman of the Council of Practice of the Canadian Association of Occupational Therapists learned that funding was available from the Department of National Health and Welfare (DNHW) for professional organizations wishing to develop guidelines for practice. Subsequently a group of occupational therapists was formed to work with a representative from DNHW. These therapists were chosen on the basis of geographic distribution as well as area of specialization and active involvement in the profession. On request, the Canadian Psychiatric Association and Canadian Medical Association each appointed a representative to this group. Thus, a Task Force was established to develop guidelines to improve quality of care in occupational therapy.

COMPOSITION AND REPRESENTATIVENESS OF TASK FORCE

The 11 members of the Task Force include seven occupational therapists, one psychiatrist, one geriatrician, one physiatrist and one medical sociologist. The psychiatrist is a representative of the Canadian Psychiatric Association. The physiatrist, a corresponding member, is a representative of the Canadian Medical Association.

The characteristics of the Task Force with regard to region, sex, and occupational setting are portrayed below.

CHARACTERISTIC	MEMBERS #
REGION	
Eastern Canada	1
Central Canada	7
Western Canada	3
SEX	
Female	8
Male	3
OCCUPATIONAL SETTING	
Academic	3
Hospital	4
Community	2
Government	1
Professional Association	1

TERMS OF REFERENCE

The Terms of Reference as agreed to by the Task Force at its meeting in December 1979, are as follows:

I To develop guidelines for holistic practice in occupational therapy by:

(a) determining types of services required by patients;
(b) identifying areas of practice for which guidelines are needed;
(c) reviewing existing guidelines/standards in Canada and other countries;
(d) arriving at a consensus on the appropriateness of existing measures and new guidelines; and
(e) arriving at a conceptual approach which is applicable to the profession.

II To prepare a review report including guidelines for practice, development of programs and future activity.

GLOSSARY OF TERMS USED IN THIS REPORT

For the purposes of its deliberations the Task Force defined the following terms associated with quality of care assessment as they would apply to occupational therapy.

ACTIVITY	A specific action, function or sphere of action that involves learning or doing by direct experience. (Reed and Sanderson, 1980)
ANOMIE	A state of an individual in which normative standards of conduct and belief are weak or lacking. It is characterized by a lack of purpose, social isolation and problem of identity.
ASSESSMENT	The process of collecting, analyzing and interpreting information, obtained through observation, interview, record review and testing.
CLIENT	A recipient of occupational therapy services.
COGNITION	The process of knowing or perceiving information.
COMMUNITY-BASED	The delivery of occupational therapy services in settings other than hospitals/institutions, eg: schools, day care.
COMPETENCE	The knowledge, skills, values and attitudes needed to properly carry out one's professional activities. (Butler, 1978)
COMPETENCY	The ability to perform skills to the level of efficiency required by physical, psychological and social health.
EFFECTIVENESS	The average benefit of a procedure when used by the average provider in the average community. (Rosenthal, 1977)
EFFICACY	The benefit (or lack of it) of a procedure or treatment when performed under ideal circumstances. (Rosenthal, 1977)
EFFICIENCY	The ratio of useful work performed to the total effort expended. (Rosenthal, 1977)
EVALUATION	A testing procedure.

FUNCTIONAL ASSESSMENT	An evaluation of the integration of mental, physical, sociocultural, and spiritual states and their interaction in order to perform purposeful acts.
GOAL	The purpose or aim of a client's program or therapist's activities.
GUIDELINE	An outline from which standards or criteria can be developed to measure quality of care.
HOLISTIC	The perception of the client as a whole person; the overall state of health being interpreted as a result of a complex interaction of factors which includes mental, physical, sociocultural and spiritual components.
HOSPITAL/ INSTITUTIONAL-BASED	The delivery of occupational therapy service in an institutional setting.
INDIVIDUAL	A person viewed as having distinct characteristics.
INTRAPERSONAL	The individual characteristics involved in the relationship within one's self.
INTERPERSONAL	The factors involved in relationships between persons.
LEISURE	The components of life which are free from work and self-care activities.
MEDICAL MODEL	A structure of information including treatment approaches based on disease classifications defined by the medical profession.
MIND	An entity which, though lacking a physical or material reality, is nevertheless credited with the facilities of thinking, willing and feeling.
MOTOR	The production of motion by a muscle, nerve or centre that affects movement.
OBJECTIVE	A specific, measurable activity designed to achieve a goal.
OCCUPATIONAL PERFORMANCE	Activities carried out by the client in the areas of self-care, productivity and leisure influenced by environmental and societal factors. (Reed and Sanderson, 1980)

OCCUPATIONAL THERAPY	Occupational therapy is the art and science which utilizes the analysis and application of activities specifically related to occupational performance in the areas of self-care, productivity and leisure. Through assessment, interpretation, and intervention, occupational therapists address problems impeding functional or adaptive behaviour in persons whose occupational performance is impaired by illness or injury, emotional disorder, developmental disorder, social disadvantage, or the aging process. The purpose is to prevent disability; and to promote, maintain or restore occupational performance, health and spiritual well-being. Furthermore, occupational therapy services can be directed through health, educational and social services systems.
OCCUPATIONS	Activities or tasks which engage a person's resources of time and energy; specifically self-care, productivity and leisure. (Reed and Sanderson, 1980)
OUTCOME	The empirical result of administered care. (DNHW and Canadian Physiotherapy Association [CPA], 1980)
PEER REVIEW	Formal assessment by a colleague in the same profession. (DNHW and CPA, 1980)
PROCESS	The nature and sequence of actions and interactions (dynamic) of administered care. (DNHW and CPA, 1980)
PRODUCTIVITY	Those activities or tasks which are done to enable the person to provide support to the self, family and society through the production of goods and services. (DNHW and CPA, 1980)
QUALITY ASSESSMENT	Involves measuring the level of quality provided at some point in time; it connotes no effort to change or improve that level of care. (Rosenthal, 1977)
QUALITY ASSURANCE	Involves both measuring the level of care provided and when necessary improving it. (Rosenthal, 1977)
QUALITY OF CARE	The degree of excellence in the provision of services.

REFERRAL	A request to an occupational therapist for advice or decision regarding client services.
SELF-CARE	Those activities or tasks which are done routinely to maintain the person's health and well-being in the environment. (Reed and Sanderson, 1980)
SENSORY	The appreciation of sensation caused by stimulation of a sense organ.
SKILL	The ability to demonstrate one's knowledge effectively.
SPIRITUAL WELL-BEING	A state of well-being; the force that permeates and gives meaning to all life.
SOCIOCULTURAL	The dimension which describes the interpersonal relationships of a person with reference to his family, education, ethnic and community background.
STANDARD	Officially established level and its acceptable degree of variation. (DNHW and CPA, 1980)
STANDARDIZED TEST	A tool in which specific instructions and materials are used to evaluate a measurable behaviour, with a system for recording and scoring to allow comparison with a norm.
STRUCTURE	Organized patterns of social, economic, environmental, physical and human resources that create a milieu for health care. (DNHW and CPA, 1980)
TASK	A specific activity or job which is to be performed. The function that a working person is expected to fill. (Reed and Sanderson, 1980)

CHAPTER I: INTRODUCTION

Since the late 1960s, several factors have made it imperative for health care professionals to look critically at the manner in which health care is delivered in Canada. Some of these factors follow:

The increasing prevalence of chronic disease and the need for individuals to accept a greater responsibility for their own health.

The proliferation of technological advances in investigation, diagnosis and treatment now available to health care professionals.

The heightened sophistication and effectiveness of mass communication techniques which have resulted in a more astute and critical consumer population.

The acceleration of adaptive changes now occurring in many of the human service areas with the resulting emphasis on health maintenance, prevention and early disease detection.

The insurgence of economic concern by governments about the ever-increasing high cost of health care which will dictate greater accountability of the service delivery by health care professionals.

Occupational therapy as an evolving health care profession practised in traditional hospital settings, community agencies and private practices, has recognized that these factors must be addressed.

The essence of occupational therapy practice is the engagement of clients in purposeful activities designed through the integration of the art of healing and scientific methods.

The quality of this practice is a critical issue, including professional concerns such as competency, accountability and ethics. With the focus in recent years on evaluating health care delivery it is important that a consistent method of occupational therapy assessment be developed. Therefore, in this report the Task Force provides procedures for increasing the quality of occupational therapy care in Canada.

Since quality assessment and quality assurance are emerging as crucial issues in health care, a clear understanding of their different components is essential. Assessing the nature of care usually implies a comparison either with established criteria or with services of the same type provided by others in the same field of activity. Quality assessment clearly sets out to establish the degree or grade of excellence of the services provided. Quality assurance takes quality of care one step further by not only assessing health care delivery but committing to evaluate and improve care. The focus of this document is on quality assessment.

1. HISTORICAL BACKGROUND: DEVELOPMENT OF QUALITY OF CARE IN OCCUPATIONAL THERAPY

Four Activities of the Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT) to Establish Guidelines for Occupational Therapy

In 1966 in cooperation with Statistics Canada and the Department of National Health and Welfare, CAOT developed a unit value statistical system to apply uniformly throughout Canada. The main objective of this national system is to record and report the utilization of occupational therapy services. With the collection of these data and other available information, the degree of involvement in patient care can be determined but not the quality of that care.

In 1973 CAOT approved a document outlining the standards for occupational therapy services which was subsequently utilized by the Canadian Council on Hospital Accreditation in its "Guide to Hospital Accreditation" (CCHA, 1977). CAOT has recently updated the standards to reflect changing trends in the provision of occupational therapy services - "Standards for Occupational Therapy Services" (CAOT, 1982). These standards outline structure criteria which can be used to assess occupational therapy facilities, record-keeping procedures, and professional qualifications of occupational therapists providing services within health care institutions.

The identification of competencies required by an occupational therapist was initiated in 1977 by a CAOT task force. In 1980 the project to develop the Occupational Therapist-Occupational Profile was completed and rated to identify the competencies required of entry level occupational therapists with a baccalaureate degree. The task force's recommendations were approved by CAOT and precipitated revisions to the "Standards For the Education of Occupational Therapists in Canada", (CAOT, 1980).

In 1979 CAOT approached the Department of National Health and Welfare (DNHW) for assistance in developing additional guidelines for practice. The term guidelines, as opposed to standards, is significant in this project, as guidelines imply outlines, suggestions or benchmarks which may be modified and developed into standards. Guidelines are not formulas; they do not take the place of professional judgment. As well, it is not within the jurisdiction of the federal government to create standards for health care. It is the responsibility of the provincial occupational therapy organizations to implement and monitor their own standards.

The DNHW Task Force realized the complexity of this project; history records the difficulty in developing guidelines that are valid, relevant, feasible, and realistic in their application to all regions of Canada. Moreover, the Task Force recognized that these guidelines must be reasonable as opposed to optimal or minimal.

2. A REVIEW OF QUALITY OF CARE MEASURES

The Task Force selectively reviewed the literature on health care evaluation to determine methods used by various health care professions to measure quality of care. The group concurred with and adapted the classic work of Donabedian (1966), which conceptualized three major areas to be assessed and on which data could be collected.

- MEASUREMENTS OF STRUCTURE for assessing the adequacy of the facility, qualifications of staff, and the equipment available to provide care.

- MEASUREMENTS OF PROCESS for assessing the use of referral, assessment, program planning, intervention, discharge, follow-up and record-keeping procedures for client-centered services.

- MEASUREMENTS OF OUTCOME for assessing the results of client centered services in promoting effective change in the client's functional status.

These measurements can be applied to assessment methods and documents most commonly used by occupational therapists in evaluating quality of care.

- Peer Review
  Measures the therapist's skills in devising and implementing a treatment program, and the results of that program. (Process and/or outcome measures)

- Chart Audit (review of the client's medical records)
  Examines what care was given and what the recorded results were. (Process and/or outcome measures)

- Accreditation Standards
  Devised by the professional organizations (e.g. The Canadian Council on Hospital Accreditation and the Canadian Association of Occupational Therapists) for assessing occupational therapy facilities. (Structure measures)

- Occupational Therapist - Occupational Profile
  Developed by the Canadian Association of Occupational Therapists in 1980 to rate the skills of an entry level occupational therapist. (Structure measures)

- Occupational Therapy Profile Guidelines - Québec
  Developed in conjunction with the Department of Labour and Manpower and the Corporation Professionnelle des Ergothérapeutes du Québec (CPEQ) as an analysis of occupational therapy tasks. (Process measures)

- Continuing Competency Project - American Occupational Therapy Association (AOTA)

  Proposed by AOTA in 1976 to delineate a methodology to establish standards of job performance and continuing education opportunities for maintaining competency of occupational therapists. (Structure measures)

As well, the Task Force reviewed the literature and explored selected methods, primarily process measures, used by other health care professions. Since methods used did not apply to occupational therapy, the first step was to delineate quality assessment guidelines unique to Canadian occupational therapy. The Task Force agreed not to concentrate on structure guidelines which already exist as accreditation standards and as skills profile criteria.

3. SELECTION OF PROCESS GUIDELINES

After considering both process and outcome approaches, the Task Force decided to follow the process approach, because process guidelines are a priority for the profession. This priority is based on the desire for nationally-shared benchmarks for the practice of occupational therapy. Process guidelines would be the first step in identifying and describing the sequential interaction of events of the client with the occupational therapist (from referral to discharge/follow-up). With the recognition that individuals have primary responsibility for their own health, the guidelines have been developed from a client-centred perspective. (See Chapter III.)

Subsequently, detailed assessment and program planning guidelines were developed; intervention guidelines were scheduled for development as the next project.

A future step might be to develop outcome measures for occupational therapy. The results of intervention are often produced by a multidisciplinary approach, leading to difficulty in measuring the effectiveness of occupational therapy.

4. KNOWLEDGE AND SKILLS

Education

The curriculum of the first Canadian program in occupational therapy, offered at the University of Toronto in 1918, included classes in anatomy as well as the manual arts. From this six week certificate course, the education of the occupational therapist has developed into a baccalaureate program. There are now 10 universities across the country offering programs, all accredited by the Canadian Association of Occupational Therapists (CAOT). Accreditation is a rigorous process which requires detailed documentation of the curriculum as well as an onsite visit.

All accredited occupational therapy curricula provide core courses in the medical sciences, behavioural and social sciences, as well as applied professional course content. Students study such courses as child development, personality and learning theory as well as research methodology. Courses outside the professional area are usually taken on campus with other university students, and taught by specialists in those fields. Resulting theories and concepts are then integrated into occupational therapy courses. These courses focus on the use of developmentally appropriate tasks and activities in assessment and intervention of occupational performance and its components.

In addition a minimum of 1200 hours of fieldwork in CAOT approved or accredited facilities must be completed. These may be in hospital settings, extended care settings, community facilities, or special programs offered within an educational model. There must be a balance of the time spent in physical and mental health settings.

Body of Knowledge

Purposeful activity and activity analysis are fundamental to interventions used to promote occupational performance. Emphasis is placed on the occupational therapy process involving assessment, planning, implementation and termination of interventions (Cynkin, 1979).

The use of activities of interest to clients, and those which enhance their abilities to perform tasks appropriate to their health status and resources, form the core of occupational therapy's specialized subject matter.

Biological, behavioural, and social sciences and their specific application to the client's functional needs provide a unique orientation to the health field. Additional knowledge includes the impact of the disease process, physical and mental health, as well as mechanisms of adaptive functioning. Links between body, mind, spirit, and society assist the therapist in choosing (according to accepted theory) the appropriate media and methodology to realize therapeutic goals.

Skills and Approaches

In assessing and treating occupational performance throughout a life span, occupational therapy utilizes a holistic orientation and purposeful engagement relative to a variety of activities. This requires the integration of all knowledge areas to increase the functional capacity of clients. Those ordinary activities of everyday living, so routinely done, (such as dressing, making a bed, taking a shower, typing, taking a bus) become the therapist's focus in performing functional assessments. Task demands are analysed for their physical, social and symbolic implications. This knowledge becomes synthesized and a viable professional intuition evolves to enhance the skills of the therapist (Albright and Albright, 1980).

Fundamental to the therapeutic relationship is the understanding of the use of self. This is the conscious use of the therapist as an agent of change and a potent factor in the occupational therapy process. The therapist's personal response to the client can affect the direction of the client's progress.

The therapist's ultimate objective is to establish an appropriate balance between the time spent by the client in activities of self care, productivity, and leisure. Although clinical observation, problem solving and activity analysis skills are essential components of the therapist's effectiveness, these cannot be viewed separately from the context in which they are applied; from the client who is the focus; or from the specific dysfunctions which occupational therapists must address (Cynkin, 1979; Mosey, 1980). Thus the occupational therapy approach is unique rather than the specific skills used by the therapist. It is this that constitutes the art of therapy (Moore, 1977).

5. ETHICS

A professional code of ethics is "an implicit promise to society to uphold standards of technical and moral competence" (Purtillo and Cassel, 1981, p.20). The Canadian Association of Occupational Therapists has adopted a code of ethics which identifies areas of responsibility to the consumer, self, profession, colleagues, employing agency and community. This national code is the one most frequently utilized by provincial occupational therapy organizations.

CHAPTER II: CONCEPTUAL FRAMEWORK

A conceptual frame of reference provides a systematic and consistent approach to classifying, and analysing behaviour and activities. The Task Force has adopted a conceptual framework which integrates a number of theoretical and philosophical concepts followed by occupational therapists. These concepts have been developed from professional experience and perceptions of Task Force members; and from a review of literature in occupational therapy, health care, systems theory and developmental theory. (See for example: Reilly, 1962; Duval, 1966; Schvaneveldt, 1966; Wantanabe, 1968; Reilly, 1969; Llorens, 1970; Clark, 1979 a, b,; Mosey, 1980; Kielhofner and Burke, 1980). Most occupational therapists have traditionally incorporated some of these key concepts in their professional practice. However, there is often a tendency to separate concepts from their origins and to use them in an isolated manner in practice. This results in a loss of the meaning and value of science and creates dependency on a procedure that can be neither adapted nor changed.

Occupational therapists have long adhered to a belief in the worth of the individual, a holistic approach to health care, and a frame of reference which utilizes normal or adapted activity for therapeutic purposes within a therapeutic relationship. Many of these concepts have been described in occupational therapy textbooks and in other literature. They are summarized in this chapter to suit the Canadian context and to reflect growing trends for the present and future practice of occupational therapy across the nation.

A conceptual frame of reference is an integrated presentation of basic assumptions, principles and key concepts. Its application requires an interpretation of its elements according to the particular model of practice. For analytical purposes the following concepts are reviewed separately and summarized as they apply to occupational therapy.*

1. WORTH OF THE INDIVIDUAL
2. HOLISTIC VIEW OF MAN
3. OCCUPATIONAL PERFORMANCE MODEL
4. THERAPEUTIC USE OF ACTIVITY
5. DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE

---

* Persons wishing to review the general theoretical framework of these concepts specific to the fields of health care, human services, systems theory, or other fields, are directed to the References and Selected Bibliography at the end of this Report.

1. WORTH OF THE INDIVIDUAL

A belief in the worth of the individual is the underlying premise of all occupational therapy practice. By accepting that man is a complex entity, with many spheres and a unique capacity to interpret, mediate and act, occupational therapy is concerned with providing functional experiences which enhance self-worth in a way which assists individuals to reach their potential. The individual is an active participant within this therapeutic relationship.

2. HOLISTIC VIEW OF MAN

Occupational therapy acknowledges and practises within a humanistic view of the individual as a whole person. Man is viewed as an integrated being in which no area of function can be isolated as a separate entity, but viewed as part of the total makeup of the individual.

Holistic concepts have always been fundamental to the beginnings of occupational therapy. Early literature identified the mind, body, and spirit as the interacting elements in therapeutic activities provided to soldiers who returned from World War I. This basic philosophy was depicted graphically in a triangular badge designed for the "ward aides", the first Canadian occupational therapists (Trent, 1919). Thus, present practice has evolved from that originally defined need to provide therapeutic occupational activities to assist soldiers in returning to work.

3. OCCUPATIONAL PERFORMANCE MODEL

A graphic model of occupational performance, based on the perception of the interacting spheres of the individual is presented in Figure 1 below.

Occupational therapists view man's occupational performance as having three areas: self-care, productivity and leisure, predicated on the interaction of the individual's mental, physical, sociocultural and spiritual performance components (Reed and Sanderson, 1980).

Occupational therapists practise within a model which accepts the premise that man has a need to be engaged. His engagement takes many forms and roles, each having a crucial effect on his quality of life. The culmination of man's experiences in this conceptual model is the formation of the individual's mental, physical, sociocultural and spiritual self. The essence of a healthy, functioning person is the balanced integration of these four performance components to provide a sense of well-being. Man integrates these components by engaging with social, cultural, and physical aspects of the environment which he affects and by which he is affected.

Activity and interaction stimulate the central nervous system in multiple ways, producing in man a dynamic, constantly changing system.

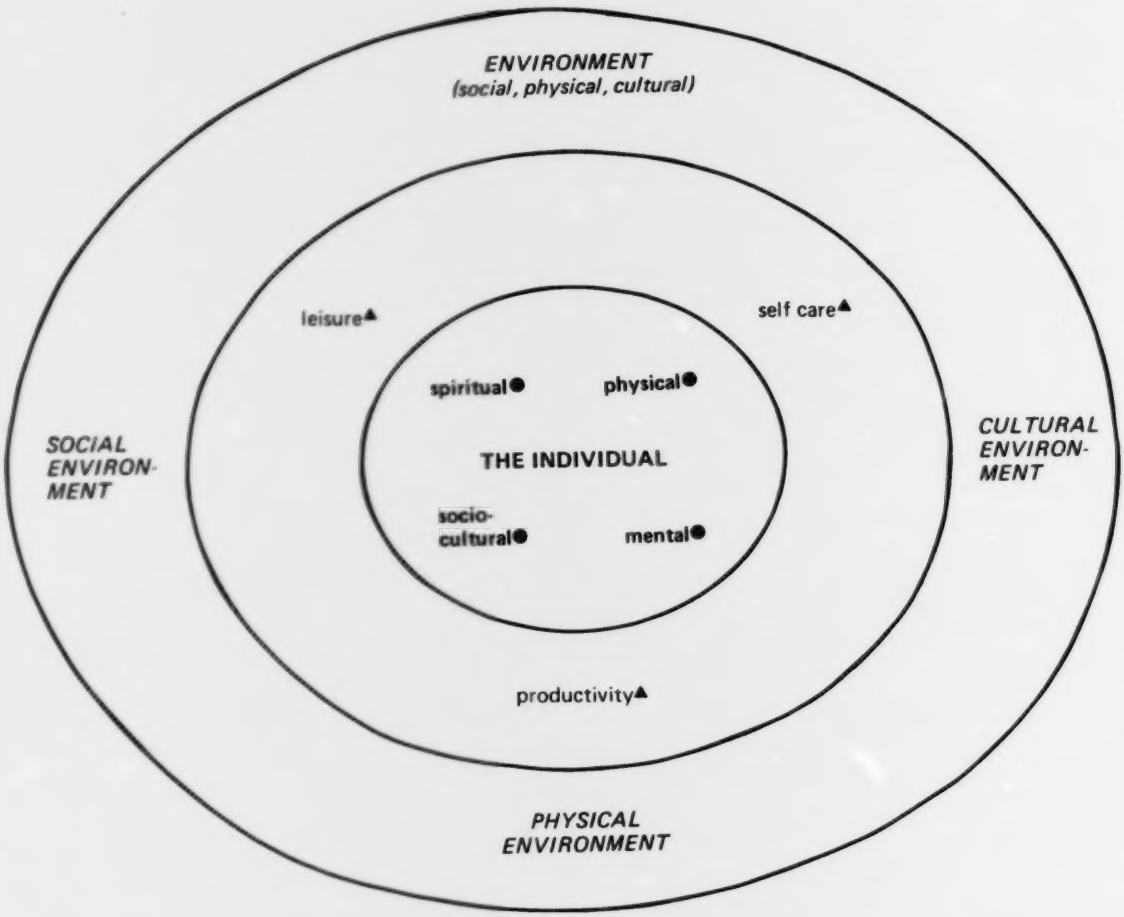

FIGURE I INTERACTING ELEMENTS OF THE INDIVIDUAL IN A MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE■

● Performance components
▲ Areas of occupational performance
■ Adapted from Reed and Sanderson, 1980

The mental component includes cognitive, affective and volitional functions. Mentally, man has the capacity to reason and to adapt. Through interaction with the environment and with people, man develops a sense of self. He stores and transmits symbols which allow him to interpret the world and be both actor and reactor within it (Schvaneveldt, 1966; Clark, 1979a). Man's responsibility for self evolves to provide the capacity to direct his own life.

The physical component encompasses motor and sensory functions (Reilly, 1962). In this component, man satisfies needs for food, safety, sex and self-care. Through refined manual skills, he increases his potential to engage in activity.

In the sociocultural component man's behaviour patterns are determined by his set of beliefs, value system, developmental stage and life situation. His value system provides him with a blueprint for normative behaviour. If a value system is absent anomie results (Solomon, 1980). During interaction with others, man is stimulated to experience emotions and feelings.

As a spiritual being, man is concerned with nature, the meaning of life and his purpose and place in the universe. This component has not been identified in the previously cited American occupational therapy literature but has been one of the fundamental elements in the conceptualizing of Canadian occupational therapy practice (Trent, 1919; Smith, 1964). Its inclusion here represents a reintegration with occupational therapy practice and current trends in health care literature (Albright and Albright, 1980; Gordon, 1980).

Occupational performance is conceptually complex. Its rating is based on the analysis of the level of functioning of the performance components, the required developmental skills and the relevance of the behaviours to the role requirements of the client.

4. THERAPEUTIC USE OF ACTIVITY

Occupational therapy uses activity analysis and adaptation in selecting activities or occupations, to fulfill defined therapeutic goals. This use of purposeful task engagement (a therapeutic strategy) is the essential uniqueness of occupational therapy.

The role of the occupational therapist is to facilitate the individual's engagement with his environment. An essential component of the therapeutic relationship is the therapist/client interaction and the exchange which occurs throughout the learning situation created by the occupational therapist. Purposeful activity is used to develop and refine task skills, to explore alternative roles and to promote positive change in areas of occupational performance.

5. DEVELOPMENTAL PERSPECTIVE

Therapists consider the individual's occupational performance within the context of a life stage. Throughout the life span, occupation has different primary purposes. In each stage of development, the individual's progress is affected by the status of his performance components (functional/dysfunctional) and the social, cultural and physical elements of the environment.

Within the lifespan five major developmental stages emerge, which provide a structure to view a client's occupational performance.

These are the following:

childhood (birth to puberty)
adolescence (puberty to 20 years)
young adulthood (21-35 years)
middle years (36-65 years)
the mature years (over 65).

CHAPTER III: GENERAL GUIDELINES FOR CLIENT-CENTRED OCCUPATIONAL THERAPY PRACTICE

In this chapter general guidelines are developed for client-centred occupational therapy from referral through to follow-up. Specific assessment guidelines and program planning guidelines are provided in Chapters IV and V. Specific intervention guidelines have not been addressed in this report but will be in a future document.

The general guidelines in this chapter and Appendix B give practitioners and administrators a Canada-wide state-of-the-art framework of common goals, practices and procedures in occupational therapy. Thus, some uniformity and consistency in service delivery can be assessed across Canada.

These guidelines have been deliberately set in a simple format. The Task Force does not intend to provide a formula for client care; rather, to provide national benchmarks with which practitioners can build therapy programs. The creative aspects of occupational therapy may still be reflected in the array of treatment approaches, intervention models and professional styles, relative to client needs.

Increased professionalization accompanies increased consensus in practice.

This discussion of the guidelines does not include the client-therapist relationship. The therapeutic relationship cannot be seen only as one step in the system; it is implicit to the entire exercise and as such pervades every step. Until rapport is established, with open or tacit agreement on the part of the client to proceed, i.e. informed consent, there can be no occupational therapy. The relationship as well as treatment must be initiated, developed and terminated.

Although observation and activity analysis are components of the therapist's effectiveness, these cannot be viewed separately from clients who are the focus; or from their specific dysfunctions.

The content of this chapter has been structured as follows.

1. STAGES OF PRACTICE
2. OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS: SYSTEMS APPROACH
3. GENERAL GUIDELINES FOR STAGES OF PRACTICE

The guidelines have been set out in steps which proceed temporally from the client's point of entry into the therapeutic system until his final exit. Not every client will go sequentially from the first step to the final one. Contact may be terminated at varying intervals: after screening, assessment, or on discharge from a therapeutic program. This presentation represents potential steps of a continuum through which clients may proceed.

The guidelines have been written in very general terms to permit adaptation to a particular service setting. For example, referral guidelines establish a need for a formal referral procedure. In some provinces legislation may require that an occupational therapist have a physician's referral; in a particular institution or facility, policy may dictate a medical referral; an occupational therapist working within the school system may require a psychologist's referral; an occupational therapist working in the community may accept a client-initiated referral.

The need for documentation of findings at each stage cannot be stressed enough. These requirements should be established by each setting or facility and time intervals should be set down for their completion. For example in an acute care setting the general assessment may need to be completed within 24 to 48 hours following receipt of the referral; in a long-term care facility this same time may be unrealistically short.

Before standards or guidelines are set down provincial statutes governing the practice of occupational therapy should be explored. In turn occupational therapy standards should be compatible with those set by the work facility. If third party coverage for occupational therapy exists special considerations with respect to guidelines may need to be given.

1. STAGES OF PRACTICE

The delivery of occupational therapy services as a client-centred process which considers clients as part of their environment can be conceptualized within a systems approach. (See Figure II) This approach is chosen to illustrate that the occupational therapy process is based not only on the personal experience of the client but also on his social reality. It also shows the relationship of the process with the care-giving professional.

In this perspective, the system is the occupational therapy process. The client enters the system via referral by a health professional or by self referral. Information accompanying entrance to the system is used within the process, along with information generated by the development of the process and by significant others in the environment. Usually the therapist guides the client through each appropriate stage (subsystem) until his discharge and return to society. The stages are identified as described below.

(a) Referral

The referral stage includes the screening of individuals who would benefit from occupational therapy intervention by determining appropriateness or eligibility, as well as obtaining the completed referral.

Each department, service, facility or practitioner may set eligibility criteria or these may be imposed to some degree by legislation, hospital policy or management practices.

Certain key data are required for an acceptable referral. The content of the referral should be developed by each service. Its contents should include relevant client data with background information and some description of the problem(s) for which intervention is sought.

(b) Assessment

The assessment stage begins with data collection. This data base is collected from several sources (patient, family, other professionals, community agencies) and in various ways (interview, observation, completion of standardized instruments). Other components of assessment include: analysis and interpretation of data; problem identification; recommendation for occupational therapy services (or return to referrant); and communication of the assessment results to clients, team, family, or other relevant agents.

The occupational therapy service should have sufficient resources to supply a number and variety of assessment tools. These may be generic and/or specialized instruments which are either standardized or non-standardized. As the practice of occupational therapy has developed and specialized so have the available tools. (See Chapter IV)

(c) Program Planning

This stage refers to the tasks of reviewing and analyzing assessment data, and developing a strategy for intervention, encompassing what to do, in what order, and when. For example: create an environment suitable for intervention; determine aims of intervention; select the appropriate approach, theoretical frame and methods of intervention; select and/or adapt activity; design a schedule; and discuss plans with client, team, and family. Discharge plans and other contingencies (eg. referral to community agencies or other services) should be outlined during this stage. (See Chapter V).

(d) Intervention

Intervention is the implementation of the planned program of care. As intervention is a dynamic process, there is a need to review the client's progress towards goals, and to modify the program plan as needed. Intervention requires the therapist to motivate the client according to the nature of the problem, to his expectations stemming from his set of values, and to the aims of intervention; to develop, maintain or restore function; to educate whenever necessary; to re-evaluate the client; and to prevent the occurrence of further or other functional problems.

(e) Discharge

Discharge refers to the formal termination of active intervention. Discharge may take place as a natural course of events; the client may have derived maximum benefit from the program or discharge may be due to other circumstances (eg. poor patient motivation, emergency care).

(f) Follow-up

Follow-up is not always possible as part of an occupational therapy program but it is a valuable adjunct to care. Follow-up provides a method for monitoring whether the client is being maintained at an optimal level of functioning. If difficulties arise following discharge, they may be identified at that time and intervention reinstituted. The client can then reenter the therapeutic system for readjustment of functional capacities better able to maximize his skills to meet the demands of the environment by experimenting with his newly-acquired autonomy.

(g) Program Evaluation

Program evaluation is not always routine. It may be conducted on an individual case or broader basis according to prescribed criteria; or via a more formalized review (chart audit, peer review, client satisfaction survey, quality assurance program). This may not immediately follow discharge or follow-up, but may be part of a planned periodic review.

It is vital that occupational therapists examine both the process and outcome of their interventions in order to provide clients with a high quality service, with up-to-date effective treatment modalities.

2. OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS: A SYSTEMS APPROACH

Figure II provides a graphic illustration of a suggested blueprint for occupational therapy process, using a systems approach wherein feedback permits constant adaptation on the part of clients, therapists and environments.

As Figure II shows, the client travels in the system along the striped arrows between each completed stage (subsystem) and out to the environment; other routes are also possible along the solid arrowed lines. For example, a client may go from identification of the problem back to the referrant or to society; or back from reassessment to one or another level of the assessment subsystem, or to redetermination of modified aims of intervention.

The information which will potentially affect the process at any level of any stage (subsystem) is slotted in along the dotted line arrows, which means that the occupational therapist constantly incorporates information from the environment to use within the process. In this feedback system the process is thus adapted both to the needs of the person and to the demands of the environment, with which the client chooses to comply. Thus, occupational therapy services can be viewed as an open system in constant interaction with the environment, receiving and giving information, taking into account family, school, work, and community.

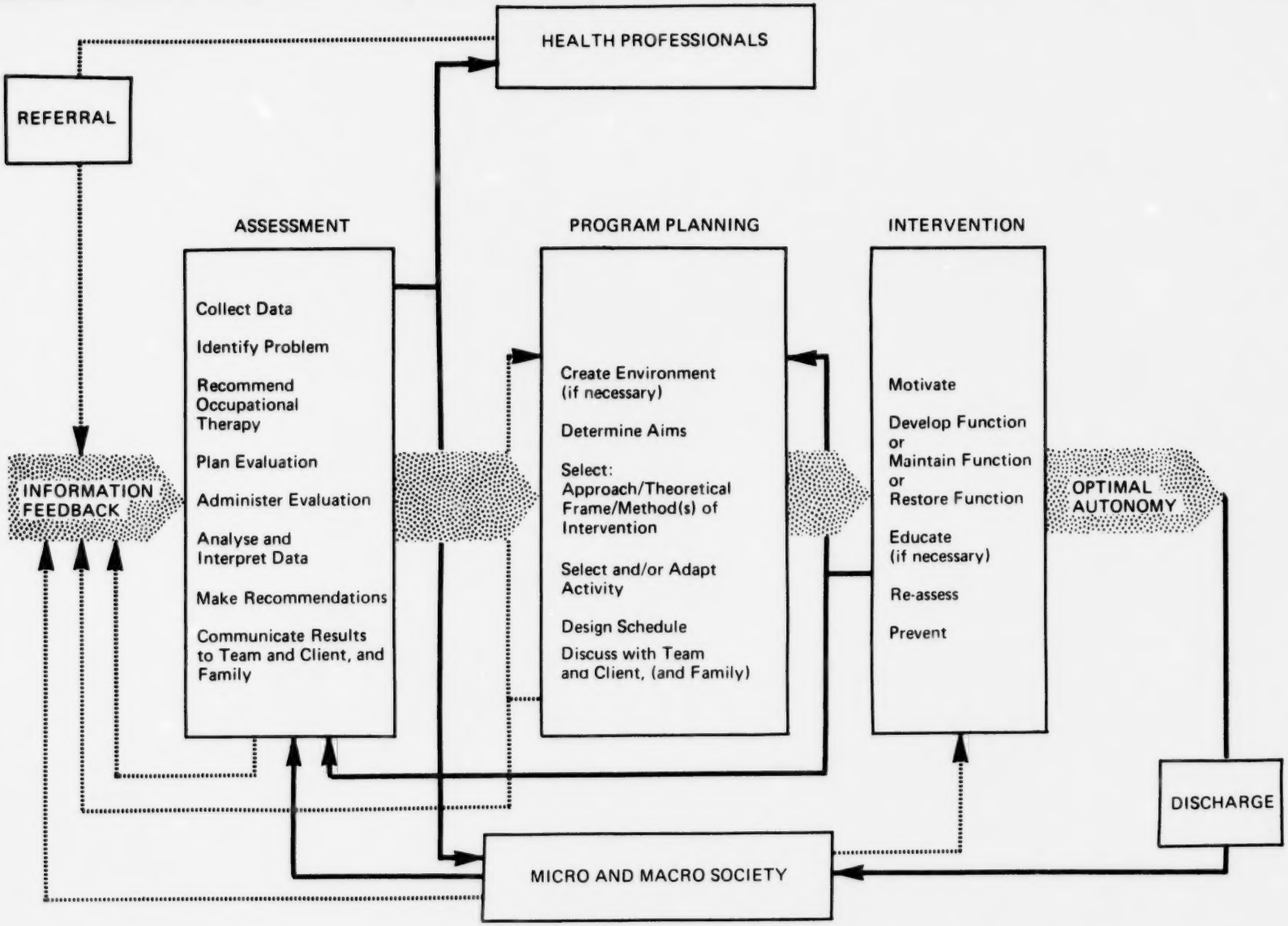

FIGURE II OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS: A SYSTEMS APPROACH

3. GENERAL GUIDELINES FOR STAGES OF PRACTICE

In the preceding sections, a profile has been presented of the stages the client moves through in receiving occupational therapy services. General guidelines relative to these stages follow. Further in the text specific details are provided relative to two key elements of care: assessment (Chapter IV) and program planning (Chapter V).

(a) Referral Guidelines

(i) The therapist should receive a referral from an authorized source in accordance with the policy of the service.

(ii) The therapist should determine the appropriateness of the referral and the eligibility of the individual for an occupational therapy program. This may be done in an interview or by review of records.

(iii) When the referral is received the therapist should document:

- the date of receipt;
- referral source; and
- the kind of services requested.

(iv) If the referral is appropriate, the therapist should undertake a general assessment of the individual.

(v) If the referral is inappropriate, the therapist should recommend alternatives to the referral source.

(vi) The documentation should be done within a time frame that is in accordance with the policy of the service.

(b) Assessment Guidelines

(i) The therapist should gather data and outline the purposes of the assessment.

(ii) The therapist should obtain additional relevant information regarding history, education, work records, family, from the individual and family/significant others.

(iii) This global assessment should include an evaluation and documentation of the individual's abilities and deficits in the following areas:

occupational performance areas

- self-care
- productivity
- leisure

performance components
- mental
- physical
- sociocultural
- spiritual

environment
- physical
- social
- cultural

The therapist should document occupational performance and determine if more detailed and specific evaluation is required.

The therapist should ensure complete assessment either within the service or by referral to other professionals.

(iv) The therapist should analyse the assessment data, formulate impressions of the presenting problem(s) and make recommendations.

(v) This assessment should be documented within a defined time interval following receipt of the referral.

(c) Program Planning Guidelines

(i) The therapist should determine and document a program plan consistent with the assessment data and the recommendations obtained in the assessment.

(ii) The program plan should be developed to include a:

- statement of measurable goals both short-term and long-term;
- selection of a theoretical approach/frame of reference appropriate to the individual's needs;
- selection of methods of intervention;
- schedule for the implementation of the plan;
- tentative discharge plan; and
- evaluation schedule.

(iii) The program plan goals and methods must be developed in conjunction with:

- goals of the individual and/or family;
- program plans of other professionals; and
- available resources (institutional and community).

(iv) The program plan should be developed within a defined interval following completion of the assessment.

(d) Intervention Guidelines

(i) The therapist should implement the program according to the program plan.

(ii) The therapist should document the occupational therapy services provided and the individual's progress toward the goals at a frequency recommended by the service.

(iii) The therapist should regularly (or as determined by the service) reevaluate and document changes in the individual's occupational performance and the performance components of those skills.

(iv) The program plan should be modified in accordance with these changes.

(v) The therapist should communicate at regular intervals (or as determined by the service) with other involved professionals and family/significant others;

(vi) The therapist should review and refine the discharge plan.

(e) Discharge Guidelines

(i) The therapist should terminate services when the individual has achieved the goals or when maximum benefit has been derived from occupational therapy services.

(ii) A discharge plan should be finalized and documented.

(iii) The plan should be consistent with:

- the individual's functional abilities and deficits, goals, prognosis, and community resources; and
- the discharge plan of other involved professionals.

(iv) Time should be allocated for the coordination and effective implementation of the plan.

(v) The therapist should document a discharge summary in accordance with the policies of the service. This could include the individual's functional status, goal attainment, unmet goals, plans for ongoing services and further recommendations.

(vi) The client - therapist relationship should be terminated.

(f) Follow-up Guidelines

(i) The therapist should reevaluate the individual at an appropriate time interval following discharge.

(ii) The reevaluation results should be documented.

(iii) If the individual requires further service, the therapist should refer to the service needed.

(g) Program Evaluation Guidelines

(i) The therapist should evaluate the effectiveness and efficiency of the program with respect to:

- adherence to the process guidelines as described above; and
- outcome - i.e., results of intervention.

CHAPTER IV: SPECIFIC ASSESSMENT GUIDELINES

Assessment is an important and extensive stage of practice in occupational therapy, having as its goal the recording, analysis and interpretation of the problem(s) presented. This assessment chapter includes a general discussion headed "Orientation", followed by an outline of the key assessment elements.

ORIENTATION

Assessment is the first stage of active involvement with a client and significant others involved in a problem. Occupational therapists generally assess individuals rather than families or groups. An initial assessment should precede implementation of a therapeutic program; reassessment should then occur at regular, defined intervals to ensure relevance to the client's needs.

As discussed in CHAPTER II: CONCEPTUAL FRAMEWORK, an occupational therapy assessment describes the functional status of an individual in his environment in terms of three areas of occupational performance (self-care, productivity, and leisure); and in four performance components (mental, physical, sociocultural and spiritual functioning). (For a specific example see Appendix C).

Occupational therapists tend to view function in terms of strengths and deficits in order to assess the individual and his ability to engage in his environment in a meaningful way. These strengths and deficits are considered through a lifespan approach in which human biology (eg. size, strength and medical limitations), lifestyle (eg. proportion of productivity to leisure or self-care, use of addictive subtances) and the environment are considered in the context of the individual's stage of life.

ASSESSMENT ELEMENTS

A formal assessment should include portions of the following specific elements.

1. INTERVIEW
2. RESEARCH OF OTHER SOURCES OF INFORMATION
3. ASSESSMENT OF TASK FUNCTIONING
4. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS
5. DOCUMENTATION OF THE ASSESSMENT

1. THE INTERVIEW

An assessment interview has three purposes:

(a) to initiate an interpersonal, therapeutic relationship with the individual;
(b) to clarify the goals of the assessment; and
(c) to gather information relevant to the presenting problem.

(a) The Interpersonal Therapeutic Relationship

In the initial interview, the therapist should attempt to establish rapport with the individual through therapeutic use of the self. It has been shown that the qualities required in a helping (therapeutic) relationship are: empathy, warmth, genuineness and nonjudgemental attitudes (Rogers, 1969; Carkhuff, 1969). These qualities must pervade the use of specific interview techniques such as questioning, paraphrasing and attending non-verbally.

The therapist should be conscious of the roles which the therapist and the individual are playing within the relationship. For example, initially the therapist may play a dominant, parental role with the individual in a dependent role. The therapist may then facilitate a change of roles to help the individual take on an independent, decision-making role, with the therapist filling a resource role.

In this relationship, the therapist should gain the trust of the client, particularly in adhering to the confidentiality agreed on between the two. Basic to developing trust is the client's informed consent to engage in this helping relationship. This relationship is the key element in the therapist's ability to motivate the individual. It allows the therapist to explore and understand the motivating factors unique to that individual which must be known before the individual takes action and addresses the present problem.

(b) Clarifying the Goals of the Assessment

The therapist should involve the client in the therapeutic process from the initial contact to the final termination of the services. Independence should be promoted by helping the client understand and assume responsibility for solving his own problems. The therapist should ensure that the client understands and participates in the process of assessment.

(c) Information Gathering

There are three types of information which should be gathered in an interview and from other sources:

(i) Demographic data:
name, age, address, employment, etc.

(ii) Relevant historical information:
personal history related to areas of occupational performance and performance components (See Figure 1);
developmental, family and medical history.

(iii) Current status and presenting problem:
This information can be gained through observation and questioning. The therapist should observe such criteria as appearance, mannerisms, attitudes, mood, affect, cognitive functions and behaviour.

Present functional status would then be considered under the same taxonomy used to determine past functional status. These include: four performance components; three areas of occupational performance; and environmental considerations (See Figure 1). Specific examples of activities for testing under each of these categories are listed in Appendix A.

2. RESEARCH OF OTHER SOURCES OF INFORMATION

Sources of information, other than data collected via interview and testing the client, should be reviewed.

Each service should define policies which outline the procedures required to respect confidentiality when gathering information from sources other than the client.

Sources may be:

(i) Interviews with persons significant to the client: family, friends, employer.
(ii) Review of test reports by others: review of psychological, physical, neurological, and other tests.
(iii) Review of past records: review of hospital, clinic, agency, personnel or other relevant records for which permission to release information has been granted by the client.

3. ASSESSMENT OF TASK FUNCTIONING

The most central element of assessment in occupational therapy is to observe and test performance in addition to discussing it in an interview. This is essential because the goal of occupational therapy is to encourage independence and satisfactory performance in all areas of daily functioning. More crucially, the uniqueness of occupational therapy is to focus on functioning during the assessment and intervention.

Some examples of occupational therapy assessment of task functioning are given below:

(a) Informal, unstructured, subjective, qualitative observation.

The therapist observes a person, with identified criteria in mind (concentration, relationships with others, general knowledge) while the latter is cooking a meal; driving a car; and/or playing table tennis.

(b) Formal, structured, objective, measureable, quantitative testing.

The client may be assessed for the number of steps which can be climbed to get to the second floor of the person's house.

Testing of functional skills may be quantified by giving performance a numerical rating, to be compared at given review intervals. Testing of personal care may involve observation of bathing, washing and toileting rated on a numerical scale. Testing may then be repeated for comparison of progress at regular intervals.

The therapist may administer such standardized tests as:

Minnesota Rate of Manipulation Tests
Marianne Frostig Development Test of Visual Perception
Harris-Goodenough Draw a Person Test
Southern California Sensory Integration Tests
Bay Area Functional Performance Evaluation.

4. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The therapist should analyze and integrate the data collected. Using the conceptual framework of occupational therapy, (the holistic approach, developmental approach, occupational performance model) the data and observations should be organized to formulate an impression and summary of the problem(s). The occupational therapy assessment should then indicate recommended action.

Occupational therapists may refer to other services for additional assessment information, the method of referral being determined by the agency, institution, or situation in which the therapist works.

5. DOCUMENTATION OF THE ASSESSMENT

Assessment information should be recorded within a time limit defined by the service. The assessment should be recorded as a document separate from the progress or other notes and should be circulated to the referring agent or source (e.g. the client's central file; a referring agency outside the service). Circulation of the assessment to others besides the referring agent should be completed only with the client's knowledge and consent.

The document should contain a summary of all information under appropriate headings in a format which is brief and easy to read. One example of headings used to record assessment information is given below:

demographic data
presenting problem
sources of information
summary of current status
relevant history
testing completed
conclusions and recommendations.

CHAPTER V: SPECIFIC PROGRAM PLANNING GUIDELINES

Program planning is a specific activity required to make intervention relevant to the problems and needs identified in the assessment. Planning of client programs should precede intervention, and be done after each review assessment (problems and needs change as intervention takes place). Planning should occur whether the therapeutic program goals are preventing, restoring or maintaining function. The program plan should:

- be based on an assessment of needs as outlined in Chapter IV;
- indicate the specific plan for occupational therapy, describing how occupational therapy services would be integrated with other services being received by the client; and
- involve the client in the preparation and implementation of the plan.

Further, a program plan should contain information separate from the assessment and intervention records. The information contained in the program plan is basically the same whether the plan is for an individual or a group of clients. In addition, this information may be classified under various headings outlined below. Informal plans should be recorded and communicated. Whether summarized or detailed, the following should be included.

1. FRAME OF REFERENCE

A frame of reference is a theoretical blueprint or a therapeutic philosophy within which program planning may occur. The frame selected depends on the situation, resources, and the therapist's education and experience. Some frames are as follows:

- occupational performance
- sensory integration
- neuro-developmental
- behavioural
- psychodynamic

2. GOALS AND OBJECTIVES

A goal should state the purpose of a program (e.g.- return the client to competitive employment). An objective should indicate specific action planned, conditions stated, and outcome expected. For example, an objective might be to increase work tolerance.

3. NEED FOR INDIVIDUAL OR GROUP INTERVENTION

The plan should indicate at what points in intervention the client will be seen individually or in groups. Some clients may receive one service, whereas other clients may receive multiple services with a mixture of individual and group intervention. The type of groups (expression, lifeskills, motivation, task, etc.) should be specified.

4. TIME AND FREQUENCY

The length of time and frequency of occurrence for sessions with clients should be stated (e.g. once daily for one hour; one afternoon per week).

5. PERSONNEL

The plan should indicate who will carry it out. The person(s) may be the same or different from the professional who completed the asssessment. Parts of the program may be carried out by specified persons other than the occupational therapist.

6. RECOMMENDED THERAPEUTIC ACTIVITIES

Activities chosen should reflect the frame of reference being used. The general activity areas, rather than the media, should be specified. Activities should be related to the areas in which there is dysfunction. For example, a therapist may use vocational activities for a tradesman. Implementation plans should indicate stages for the client to experience in reaching goals and objectives. If new knowledge and skills are involved, stages should facilitate learning (e.g. simple to complex activities in relevant situations).

7. RESOURCES

The therapist should indicate the specific equipment, supplies and facilities required to implement the program.

8. COST CONSIDERATIONS

In Canada, services within a health, social service or educational institution are generally provided without direct cost to the client. However, in community programs and to some extent in institutions, therapists should be aware of user fees when planning client programs. Therapists must consider costs incurred by clients and the institution in planning a therapeutic program. Such costs may be related to equipment, materials, support services, and transportation.

9. REVIEW OF CLIENT PROGRAM

The program plan should specify the frequency, type and method of review. For example, client functioning may be reassessed daily in an acute care program or monthly in a long-term care program, by having a client demonstrate the level of function in a variety of areas. (See Chapter IV)

A program plan may be summarized or detailed. The purpose of this chapter is to stress that a plan should be recorded for every type of therapeutic program. The plan should be a link between the assessment and implementation indicating a rationale for the therapist's actions.

REFERENCES

ALBRIGHT BP, ALBRIGHT P (eds): Body Mind and Spirit: The Journey Toward Health and Wholeness. Stephen Greene Press, Vermont, 1980

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION: The Final Report on the AOTA Continuing Competency Project. Rockville, Maryland, 1976

BUTLER FC: The Concept of Competence: An Operational Definition. Educational Psychology, 1978: 7-19

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS: Occupational Therapist-Occupational Profile Working Guide. Toronto, 1980

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS: Standards for Occupational Therapy Services. Toronto, 1982

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS: Standards for the Education of Occupational Therapists in Canada. Toronto, 1980

CANADIAN COUNCIL ON HOSPITAL ACCREDITATION: Guide to Hospital Accreditation. Toronto, 1977 (New Edition 1982)

CARKHUFF RR: Helping and Human Relations. Vol. I: Selection and Training. Vol. II: Practice and Research. Holt Rinehart and Winston, New York, 1969

CLARK PN: Human Development Through Occupation: Theoretical Frameworks in Contemporary Occupational Therapy. Part 1. American Journal of Occupational Therapy 1979a; 33: 505 - 514

CLARK PN: Human Development Through Occupation: A Philosophy and Conceptual Model for Practice. Part 2. American Journal of Occupational Therapy 1979b; 33: 577 - 585

CYNKIN S: Occupational Therapy: Toward Health Through Activities. Little Brown, Boston, 1979

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE AND THE CANADIAN PHYSIOTHERAPY ASSOCIATION: Task Force Report: Toward Assessment of Quality of Care in Physiotherapy. Ottawa, 1980

DONABEDIAN A: Evaluating the Quality of Medical Care. Millbank Memorial Fund Quarterly 1966; 44: Suppl 166-206

DUVAL: The developmental framework. In NYE FI, BERARDO FM (eds): Emerging Comparative Frameworks in Family Analysis. Macmillan, New York, 1966

GORDON JS: The paradigm of holistic medicine. In HASTINGS AC, FADIMAN J, GORDON JS (eds): Health for the Whole Person: The Complete Guide to Holistic Medicine. Westview Press, Bolder, Colorado, 1980; 3-27

KIELHOFNER G, BURKE JP: A model of human occupation. Part I: Conceptual framework and content. American Journal of Occupational Therapy 1980; 34: 572-581

LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA MAIN-D'OEUVRE (QUÉBEC): Analyse de la profession d'ergothérapeute. Québec, 1980 (Non publiée)

LALONDE M: A New Perspective on the Health of Canadians. Department of National Health and Welfare, Ottawa, 1974

LLORENS L: Facilitating Growth and Development, The promise of Occupational Therapy. American Journal of Occupational Therapy 1970; 24: 1-9

MOORE JC: Individual differences and the art of therapy. American Journal of Occupational Therapy 1977; 31: 663 - 665

MOSEY AC: An alternative: The biopsychosocial model. American Journal of Occupational Therapy 1974; 28: 137-140

MOSEY AC: A model for occupational therapy. Occupational Therapy in Mental Health 1980; 1:11-32

PURTILLO RB, CASSEL CK: Ethical Dimensions in the Health Professions. WB Saunders, Philadelphia, 1981

REED K, SANDERSON SR: Concepts of Occupational Therapy. Williams and Wilkins, Baltimore. 1980

REILLY M: Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. American Journal of Occupational Therapy 1962; 16: 1-9

REILLY M: The educational process. American Journal of Occupational Therapy 1969; 23: 299 - 307

ROGERS C: Freedom To Learn. Merrill, Ohio, 1969

ROSENTHAL G: Assessing the quality of medical care. Medical Care 1977; 9: 1-15

SCHVANEVELDT JD: The interaction framework in the study of the family. In NYE FI, BERARDO FM (eds): Emerging Comparative Frameworks in Family Analysis. MacMillan, New York, 1966; 97 - 129

SMITH E: The crest says. Canadian Journal of Occupational Therapy, 1964; 31: 3-4

SOLOMON P: The triune concept. In ALBRIGHT BP, ALBRIGHT P (eds): Body Mind and Spirit: The Journey Toward Health and Wholeness. Stephen Greene Press, Vermont, 1980

TRENT M: Story behind the badge. The Vocational Bulletin. Department of Soldiers Civil Reestablishment 1919; June: 2-5

WANTANABE S: Four concepts basic to the occupational therapy process. American Journal of Occupational Therapy 1968; 22: 23-29

SELECTED BIBLIOGRAPHY

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION: Standards for occupational therapists providing direct service. American Journal of Occupational Therapy 1974; 28: 237

BRIDLE MJ: Profile of an occupational therapist revisited. Canadian Journal of Occupational Therapy 1981; 48: 107-113

BROOK RH, APPEL FA: Quality of care assessment: choosing a method for peer review. New England Journal of Medicine 1973; 288: 1323-1329

CAPLAN G: Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York, 1964

CARKHUFF R: The Skills of Teaching: Interpersonal Skills. Human Resource Development Press, 1977

CARKHUFF R, PIERCE R: The Art of Helping: Trainer's Guide. Human Resource Development Press, Third Edition, 1977

DEPARTMENT OF NATIONAL HEALTH AND WELFARE: Task Force Report: Clinical Guidelines in Language-Speech Pathology and Audiology. Ottawa, 1980

GRAY M: Competency assurance: Applying the concept. American Journal of Occupational Therapy 1977; 31: 580-581

HAMMEKE PL, GANTI, AR: A method of quality control in occupational therapy. American Journal of Occupational Therapy 1974; 28: 154-157

IDZIKOWSKI C, LANDERS M: Revised Peer Review System. American Journal of Occupational Therapy 1977; 31: 582-583

LANDERS MS: Peer review and record review systems. American Journal of Occupational Therapy 1975; 29: 226-228

LEWIS CE: The quandry of quality: Incompetence among the excellent. American Journal of Occupational Therapy 1973; 27: 59-63

MANSFIELD M: Roles of psychiatric occupational therapists and preparation of generic audit criteria. Quarterly Review Bulletin, 1978; April: 8-12

MCAULIFFE WE: Measuring the quality of medical care process versus outcome. Millbank Memorial Fund Quarterly 1979; 57: 118-147

MORIER FB. ET AL: Programme D'ergothérapie. École De Réadaptation, Faculté de Médecine, Université De Montréal, 1979

OSTROW PC: Peer review in occupational therapy. Quality Review Bulletin 1977; June: 12-17

PHANEUF MC: The Nursing Audit: Self Regulation in Nursing Practice. Appleton Century Crofts, New York, 1976

ROSNAY J DE: Le macroscope: vers une vision global. Collection Points. Editions du Seuil, Paris, 1975

SPELBRING LM: Outcome measures in occupational therapy ... the quality assurance method of choice? American Journal of Occupational Therapy 1976; 30: 539-540

STATISTICS CANADA: Canadian Schedule of unit values for occupational therapy, Ottawa, 1979

STEEL K: Evaluation of the geriatric patient. In Reichel W (ed): Topics in Aging and Long-Term Care 1981; Williams and Wilkins, Baltimore, 1-10

TATE S, BASSETT J, IRVINE S, KNIGHT B, PRUESSE M: Report of the Occupational Therapy Standards and Guidelines Committee, Ontario Society of Occupational Therapists, Hamilton, 1981

TIGGES KN: The future of occupational therapy. British Journal of Occupational Therapy 1980; 43: 357-360

WILLIAMSON JW, OSTROW PC, BRASWELL HR: Health accounting for quality assurance. American Occupational Therapy Association, 1981;

WILSON MA: A competency assurance program. American Journal of Occupational Therapy 1977; 31: 573-579

APPENDIX A

EXAMPLES OF INTERACTING ELEMENTS OF THE INDIVIDUAL IN A MODEL OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE

(a) Areas Of Occupational Performance

Self-Care

- grooming
- hygiene
- toileting
- feeding
- dressing
- mobility
- bathing
- driving

Productivity

- play (children)
- school work
- paid work
- volunteer work
- homemaking

Leisure

- hobbies
- use of free time
- use of community resources
- pets
- cultural interests
- recreation and sport involvement
- clubs and groups
- entertainment and social involvement
- creative activities
- collecting activities
- nature interests
- games
- volunteering

(b) Performance Components

Mental

- cognitive (memory, orientation, concentration, intellect, insight, judgment, general knowledge)
- mood and affect (appropriateness, level)
- behaviour (appropriateness, control)
- perception (awareness of reality, visual perception)
- thought content (clarity, appropriateness, organization, compulsiveness)
- emotional defenses (e.g. denial, projection)
- reaction/adaptation to dysfunction
- body image
- volition in thought and behaviour

Physical

range of motion
strength and muscle tone of individual muscles or muscle groups, particularly as they apply to functional tasks, such as reaching, climbing
coordination, balance, presence of involuntary movements (e.g. tremor, spasticity, etc.)
endurance
sensation (testing of functional limitations due to sensory disturbances in touch, pain, pressure, vision, hearing, taste, vibration, proprioception, kinesthesis and stereognosis)
appearance (deformity, oedema, markings - particularly in terms of the functions they affect)
pain (quality of pain, phantom pain, referred pain)

Sociocultural

involvement in community
family relationships
friendships
effect of client problems on relationships with family and others

Spiritual

sense of purpose in life
source of inner motivation
presence of a set of beliefs and a value system

(c) Physical, Social And Cultural Environment:

In examining the person's environment, the therapist should consider a number of factors, some examples of which are given below.

Physical Environment

wheelchair accessibility indoors/outdoors
location of bedroom, bathroom, kitchen, living area (distance, stairs)
type and condition of flooring for mobility, space, shape and distances for reaching clothing, kitchen goods, etc. (i.e. energy conservation features)
transportation available

Social Environment

relatives or significant others at home
availability of assistance during day and/or night
companionship available
friends or other support persons

Cultural Environment (system of beliefs, ideals, customs and values)

interests of others in the household or friendship group
expectations regarding work, leadership in family, role, behaviour
activities requiring participation for acceptance
attitudes to sickness/disability
remedies and approaches for sickness/disability (i.e. local medicine)

ADMINISTRATIVE GUIDELINES FOR THE ESTABLISHMENT OF AN OCCUPATIONAL THERAPY SERVICE*

1. Obtain copies of the statement of philosophy, aims and objectives of employer.

2. Write a general statement of the philosophy, purpose and goals of occupational therapy which is congruent with 1.

3. Identify the characteristics and possible needs of the populations which may require occupational therapy services and quantify the need(s) as identified.

4. Set up an operating structure for occupational therapy services:

   (a) Identify areas of practice or service (e.g., paediatric, day hospital orthopaedic outpatient, hand clinic).

   (b) Estimate the staffing requirements, both professional and support for each service area.

   (c) Write job descriptions for these positions and define educational qualifications, experiential and special skills requirements.

   (d) Identify and quantify supplies and equipment, including safety and preventive maintenance routines required for services identified.

   (e) Identify secretarial/clerical support needs.

   (f) Identify space required to accommodate (a) to (e) above, considering:
      (i) location in relation to patient accommodation, other disciplines and related programs; and
      (ii) the special characteristics of the environment required by professional and support staff for a safe and efficient operation.

5. Establish directives for the delivery of specific occupational therapy services with this employer, to include:

   (a) A general statement of criteria for referral for service consistent with the philosophy of the agency. Write more detailed referral criteria for each of the identified areas of practice or service according to specific need.

---

* Prepared by Margaret Hahn, Health Services Centre, Winnipeg, Manitoba.

(b) The procedures to be followed for referral to occupational therapy services, proceeding from general statements relating to all referrals to specific statements relating to special referral categories (e.g., "standing orders", referrals to a multidisciplinary team of which the occupational therapist is a member, referrals from "out-of-house" physicians).

(c) General procedures for recording the receipt and disposition of referrals to occupational therapy.

(d) A general statement regarding priority for referrals received; the generation and management of waiting lists; guidelines for refusal and discontinuation of service, to assist staff in managing referral overload; inappropriate referrals and problem discharges.

(e) Statements relating to the criteria for discharge and follow-up procedures, post-discharge home visits, referrals to external agencies, etc.

(f) General procedures for documenting the occupational therapy process: recording of assessments, treatments, outcome, discharge and follow-up. Identify medical record charting requirements, which must meet legal and institutional requirements; and other records relating to the occupational therapy process that are required for ongoing treatment reference, teaching, program evaluation and research.

6. Write specific service goals and procedures for each area of practice identified. These should include:

(a) Recommended assessment and treatment protocols for the major diagnostic groups in that area (i.e., standard care plans).

(b) Procedures for the safety and security of patients and staff (e.g., approved transfer techniques, medical emergency).

(c) Procedures for obtaining equipment and support services for clients - orthotics, vocational assessment, nursing care at home.

(d) Directions for costing and billing for recoverable services including third party insurers.

7. Develop a series of general and specific statements relating to indirect service areas - e.g., clinical education, research, supportive activity programs ("diversional", "recreational"), adaptive equipment services to external individuals and organizations, sheltered workshop, outreach (home care, consultant) programs.

8. As the specific procedures are documented, an information system should be developed:

   (a) To identify and quantify staff activity (use Statistics Canada's Canadian Schedule of Unit Values for Occupational Therapy, 1979 as a base if this is a required reporting system).

   (b) To identify the population characteristics of those referred to and receiving occupational therapy.

   (c) From (a) and (b) to develop a data base for planning resource allocation and development (staff/patient ratio, new and expanded programs, program changes), program evaluation, staff workload in direct/indirect, clinical education and continuing education.

9. Develop program evaluation mechanisms for each major activity defined, e.g., client record audits, validation of assessment procedures and their correct use and implementation (measurement), peer review of treatment process both current and retrospectively, outcome studies.

   (a) These evaluations should be built into the protocol and recording of each major activity area.

   (b) Program evaluation activities reports should be generated regularly for management and should include provisions for revision and re-evaluation of procedures.

   (c) Continuing education and inservice programs should be generated using information from (b) to ensure staff skills and procedures deficits are addressed and that staff maintain currency with scientific advances.

   (d) Identify areas requiring clinical investigation and research.

APPENDIX C

CASE ILLUSTRATION OF THE OCCUPATIONAL THERAPY PROCESS

REFERRAL

Name of Referral Source

DATE OF REFERRAL:
DATE OF RECEIPT:
RECEIVER OF REFERRAL:

NAME:	John Jones
AGE:	45 years
OCCUPATION:	unemployed, formerly a carpenter
ADDRESS:	home town, province (post office or street address)
PHONE:	home number
CONTACT PERSON:	daughter's name, address, phone
HOME SITUATION:	widowed in last three months, lives with daughter, receiving social assistance
PROBLEM IDENTIFIED FOR REFERRAL:	In last month, excessively sullen, angry and resistant to daughter at home, refusing to attempt to be independent in self-care or assisting with housework. Right, above-knee amputee three years ago, occasionally violent and threatening suicide.
REQUEST TO OCCUPATIONAL THERAPY:	Assessment of emotional status and level of physical functioning; therapeutic program to improve both emotional and physical functioning.

SIGNATURE OF REFERRAL AGENT

ASSESSMENT

Refer to Chapter IV for recommended guidelines for assessment.

1. THE INTERVIEW

(a) Interpersonal Therapeutic Relationship

The therapist actively indicates empathy, a non-judgmental attitude and acceptance of the client's anger and other emotions. The therapist's genuineness in attempting to understand the client's motivating forces must be evident.

(b) Clarifying the Purpose of Assessment

The purpose of the assessment is to explore Mr. Jones' self image and meaning in life as a physically disabled, unemployed male. A review will be done of his current and potential physical function. Discussion might occur about the loss of his wife.

(c) Information Gathering

(i) Demographic Data
(ii) Historical Information: client reactions to past dysfunctions; family roles and relationships; sense of meaning in life;
(iii) Current status and presenting problem in the following areas.

2. AREAS OF OCCUPATIONAL PERFORMANCE

Self-Care	physical independence in dressing, bathing, toileting, getting into bed, use of wheelchair or ambulatory aids, ability to negotiate stairs, car driving, dressing, making a meal, emotional attitude to independence; and daughter's perception of his independance.
Productivity	physical skills for possible future employment; attitude, adaptation, behaviour and emotional control of anger; ability to have constructive relationship with co-workers.
Leisure	ability to participate in leisure activities; motivation and attitude to adjusting to leisure activities.

3. PERFORMANCE COMPONENTS

Physical	range of motion of the stump, the other leg, lumbar spine (related to ambulation);
	range of motion of upper extremities, neck, upper back (if using ambulation aids such as crutches);
	strength of stump, other leg, upper extremities (related to ambulatory function);
	sensory disturbances in the stump, particularly phantom pain, hypersensitivity to touch and pressure;
	appearance of the stump (oedema, skin);
	sitting and standing balance;
	ambulatory endurance.
Mental	body image and self concept as an amputee;
	adaptation to amputation: resolution of loss/grief of the limb and the function;
	coping skills to deal with physical changes and limitations;
	current mood and affect;
	resolution of loss of wife with implications for his own future;
	personality characteristics as shown in past behaviour, past history of depression and its resolution;
	coping skills to deal with physical changes and limitations.
SocioCultural	relationship between father and daughter;
	community involvement;
	friendships;
	attitudes to a non-employed disabled man.

Spiritual	vision of self in future: what purpose in life can he have in his physical condition? what set of beliefs does he have to help him to feel worthwhile? concept of meaning in life and death (explore factors related to threatened suicide; source of anomie.

4. RESEARCH OF OTHER SOURCES OF INFORMATION

It would be helpful to interview the daughter to clarify her role and her relationship with her father.

Past psychological testing may help to reveal personality factors related to adjustment to the disability. Review of past and present records by nurses, physicians, and physiotherapists may help to clarify physical and psychological status.

5. ASSESSMENT OF TASK FUNCTIONING

The areas of occupational performance and performance components would also be assessed through task functioning. The following types of testing may be utilized.

Informal Testing:	Observation of behaviour, attitudes, skills in various activities and situations related to selfcare, employment and leisure. Projective testing to clarify emotional status and motivational forces.
Formal Testing:	Range of motion and muscle strength of the stump. Pre-vocational assessment related to future employment potential in terms of physical skills, emotional status and work habits.

6. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

The information should be summarized and reviewed with the client

- for accuracy;
- as a therapeutic means of involving the client in defining the problem, in understanding the factors underlying the problem, and in highlighting the factors which must be changed to resolve the problem.

The key problem with this 45-year-old gentleman appears to be uncontrolled, demanding, aggressive behaviour, due to feelings of anomie and uselessness. The contributing factors are:

the man's dependent, immature personality;
major losses;
lack of meaning in life with no motivating factors to define a future;
lack of mobility brought on by infrequent use of prosthesis;
guilt and dependence on the daughter, making her unable to cope constructively with her father's behaviour.

In this case, recommendations might be that:

(a) the client participate in an occupational therapy program oriented to both teaching increased physical function and dealing with emotional issues such as loss of wife and limb and other functions; addressing issue of anomie;

(b) the client be linked with other amputees who have experienced but overcome the adjustment to the disability;

(c) the daughter be involved in the client's activity program;

(d) occupational therapy programs be centred both in a rehabilitation centre, and at home and the community to aid in adjustment;

(e) possible referral for more intensive psychotherapy; and physiotherapy if reeducation of ambulation required.

7. DOCUMENTATION OF THE ASSESSMENT

Assessment information might be listed under headings for the four performance components and the three areas of occupational performance. It may be recorded as a written summary, a list, a checkoff form.

PROGRAM PLANNING

Formats for recording program plans can vary; however, each plan should contain the information outlined in Chapter V: PROGRAM PLANNING GUIDELINES. As well, the program plan should have goals and objectives articulated from the recommendations suggested in the assessment, numerous goals and documented objectives. One goal, from the client's view, is outlined in a sample plan below:

S A M P L E P L A N

1. FRAME OF REFERENCE -
   The Occupational Performance Model of Practice will be used.

2. GOALS AND OBJECTIVES -

Goals

The client and therapist will explore the client's current emotional status by encouraging a constructive, open expression of his emotions through activity.

Objectives

(Many objectives could be derived from this one goal; one client's objective is outlined).
The client will be able to express emotions related to the loss of his wife.

3. TYPE OF INTERVENTION AND TIME AND FREQUENCY

and

4. To be seen individually, one hour daily for two weeks followed by a specific reassessment of emotional status.

5. PERSONNEL

   The therapist might initially assume a role as understanding nurturer and then encourage the client to become more emotionally responsible and mature.

6. THERAPEUTIC ACTIVITY

   Therapeutic use of activity will stimulate thought, introspection and expression of emotions.

   Discussion centred around photo albums and mementos.

Small carpentry project which symbolizes some facet of past experience and relationship with his wife (possibly something she would have liked him to make for her); this project might also serve another goal in which future vocational and leisure interests could be derived from past skills.

7. RESOURCES

Appropriate woodworking activities and a quiet area are required.

8. COST

While the client is a hospital inpatient there is no cost directly charged to him; if he is followed after discharge in a community program, there may be a user fee depending on the source of the community service.

9. REVIEW OF CLIENT PROGRAM

The effectiveness of the occupational therapy program should be evaluated (at regular intervals during the program) and at the end of the client's program.

Factors such as the involvement of other services and the therapeutic effect of the hospital milieu will have to be considered.

Number/
Numéro

2

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada
Canada

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT

Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par
l'Association canadienne des ergothérapeutes et la
Direction des services de santé,
Direction générale des services et de la promotion de la santé

LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT

Rapport d'un groupe de travail mis sur pied par l'Association canadienne des ergothérapeutes et la Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé

Publication autorisée par
le Ministre de la Santé nationale et
du Bien-être social

OTTAWA
décembre 1983

ON PEUT OBTENIR DES EXEMPLAIRES DU PRÉSENT RAPPORT À L'ADRESSE SUIVANTE:

Division des services professionnels
et des services en établissement
Direction des services de santé
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

ALSO AVAILABLE IN ENGLISH under the title "Guidelines for the Client-Centred Practice of Occupational Therapy"

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1984
N° de cat. H39-33/1983F
ISBN 0-662-91923-8

AVANT-PROPOS

En réponse à une demande de l'Association canadienne des ergothérapeutes, le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a réuni un groupe d'experts à qui il a confié la tâche d'élaborer le présent rapport intitulé: LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT. Le rapport comprend également des directives générales concernant les étapes de consultation à l'observation postcure et des lignes directrices détaillées en matière d'évaluation et de planification de programmes. L'évaluation de lignes directrices détaillées en matière de traitement est prévue à une date ultérieure. Nous espérons que les principes généraux énoncés ici favoriseront la réévaluation constante des pratiques en vigueur.

Il s'agit de directives générales présentées à titre de suggestions. Les associations professionnelles nationales et provinciales, ainsi que les spécialistes qui exercent partout au Canada sont invités à participer à la révision de ces lignes directrices. Les intéressés peuvent communiquer leurs commentaires à l'adresse donnée à la page ii.

Le présent rapport ne constitue pas un énoncé de politiques du gouvernement fédéral. Il fait partie des données de base dont peut s'inspirer l'élaboration de politiques. Nous souhaitons qu'il sera utile à ceux qui sont chargés de la planification, de la mise en oeuvre et de l'administration de programmes d'ergothérapie. Ainsi, le rapport servira à améliorer la qualité des soins offerts dans les services de santé au Canada.

De plus, les lignes directrices contenues dans le présent document ne visent pas à uniformiser la prestation des services au Canada. Ce n'est ni le rôle ni le mandat du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social de veiller à l'application de ces lignes directrices. Le Ministère se charge plutôt de favoriser l'élaboration d'un ensemble de pratiques, de méthodes et d'objectifs communs. Le mode d'application pourra varier d'une province et d'une région à l'autre, selon les ressources humaines et matérielles, les politiques et les priorités de chacune.

TABLE DES MATIÈRES

		PAGE
	AVANT-PROPOS	iii
	MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL	vi
	RÉSUMÉ	viii
	RECOMMANDATIONS	ix
	LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT	xi
	CONSTITUTION ET COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL	xii
	MANDAT	xiii
	GLOSSAIRE	xiv
Chapitre I	INTRODUCTION	1
Chapitre II	BASE THÉORIQUE	7
Chapitre III	LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT	13
Chapitre IV	LIGNES DIRECTRICES RÉGISSANT L'ÉVALUATION	23
Chapitre V	LIGNES DIRECTRICES RÉGISSANT LA PLANIFICATION DE PROGRAMME	28
	OUVRAGES DE RÉFÉRENCES	31
	BIBLIOGRAPHIE CHOISIE	33
Annexe A	Exemples d'interactions dans un modèle de capacité fonctionnelle	37
Annexe B	Marche à suivre pour la mise sur pied d'un service d'ergothérapie	40
Annexe C	Exemple: une histoire de cas	43

MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL

Thelma Gill, MEd, BScOT, OT(C) (présidente)	Assistant Professor Program in Occupational Therapy University of Western Ontario London (Ontario)
Eve Kassirer, MA (coordinatrice)	Sociologue médicale, Division des services professionnels et des services en établissement, Direction des services de santé Santé et Bien-être social Canada Ottawa (Ontario)
Elizabeth Townsend (Baglole), MAdEd, BScOT, OT(C)	Lecturer School of Occupational Therapy Faculty of Health Professions Dalhousie University Halifax (Nouvelle-Écosse) Précédemment: Island Occupational Therapy Services Charlottetown (Île-du-Prince-Édouard)
Micheline H. Marazzani, MSc, BSc (ergothérapie), OT(C)	Professeur agrégé École de réadaptation Faculté de médecine Université de Montréal Montréal (Québec)
Simon Ramesar, MB, ChB, DipPsych, FRCP(C) (Représentant de l'Association des psychiatres du Canada)	Associate Professor Family Medicine and Psychiatry Queen's University Kingston (Ontario)
Barbara Quinn, BScOT, OT(C)	Assistant Director Community Occupational Therapy Associates Toronto (Ontario)

Seanne Wilkins, Dip OT, OT(C)	Director Rehabilitation Services Humber Memorial Hospital Toronto (Ontario) (ancienne directrice exécutive de l'Association canadienne des ergothérapeutes).
Sharon Brintnell, MSc, BOT, OT(C)	Associate Professor Department of Occupational Therapy Faculty of Rehabilitation Medicine The University of Alberta Edmonton (Alberta)
David Skelton, MBBS, MRCS, LCCA, MRCGP, DM	Head Department of Geriatric Medicine Edmonton General Hospital Edmonton, Alberta; et Professor and Chairman Division of Geriatric Medicine Faculty of Medicine The University of Alberta Edmonton (Alberta)
Susan Laughlin, BSR, OT(C)	Director Rehabilitation Services Shaughnessy Hospital Vancouver (Colombie-Britannique)

Le D[r] David Symington, directeur du département de médicine de réadaptation de l'hôpital général de Kingston a agi à titre de membre par correspondance et de représentant de l'Association médicale canadienne.

RÉSUMÉ

1. Selon la documentation consultée, les points sur lesquels on pourrait obtenir des données permettant d'évaluer la qualité des soins sont: la structure, le processus et le résultat.

2. Le groupe de travail a décidé d'élaborer, à l'échelle nationale, des lignes directrices régissant la pratique de l'ergothérapie axées sur le processus.

3. Les lignes directrices portent sur la pratique de l'ergothérapie axée sur le client, de l'étape de la consultation à celle de l'observation postcure; ainsi, elles servent de toile de fond à l'élaboration, à l'échelle nationale, de pratiques, de méthodes et de buts communs.

4. On a mis au point des lignes directrices détaillées en matière d'évaluation et de planification de programme.

5. Une base théorique a été établie, de même qu'un modèle de capacité de fonctionnement occupationnel.

6. Les membres du groupe de travail ont reconnu le besoin de lignes directrices détaillées en matière de traitement.

7. Les principes généraux et nationaux contenus dans le présent rapport sont actuels et se rapportent à la pratique de l'ergothérapie présentement en vigueur au Canada. Il sera nécessaire de les réviser en fonction des progrès réalisés dans ce domaine.

RECOMMANDATIONS

EN S'INSPIRANT DU PRÉSENT RAPPORT, LE GROUPE DE TRAVAIL PROPOSE QUE CES LIGNES DIRECTRICES

1. soient diffusées à tous les ergothérapeutes au Canada en vue d'améliorer la qualité des soins qu'ils offrent;

2. soient analysées par les thérapeutes individuellement afin que ceux-ci puissent évaluer leur propre rendement et planifier leur formation permanente;

3. servent de point de repère à l'évaluation des programmes et à celle effectuée par les collègues;

4. servent d'appui aux discussions sur la pratique de l'ergothérapie avec les administrateurs d'établissements;

5. servent de canevas à la mise sur pied ou à la réorganisation de services d'ergothérapie;

6. servent à l'élaboration des normes régissant l'exercice de la profession par les associations provinciales des ergothérapeutes; l'application des lignes directrices peut varier d'une région à l'autre du Canada et chaque groupe professionnel provincial a la liberté de les appliquer selon ses priorités respectives; et

7. servent à l'élaboration des programmes d'études dans les établissements d'enseignement.

LE GROUPE DE TRAVAIL PROPOSE EN OUTRE:

8. que les organismes gouvernementaux encouragent et favorisent l'application de ces lignes directrices;

9. que l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE) facilite la mise sur pied de groupes de travail chargés d'analyser ces lignes directrices et leurs répercussions sur la pratique de la profession;

10. que les particuliers, les organismes provinciaux et l'ACE communiquent leurs commentaires et leurs suggestions concernant les lignes directrices au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social; le groupe de travail tiendra compte de ces commentaires au moment d'élaborer d'autres lignes directrices;

11. que des recherches soient entreprises sur l'efficacité des méthodes et des règles en matière d'ergothérapie; et

12. que le groupe de travail poursuive son mandat et entreprenne l'élaboration de lignes directrices en matière de traitement.

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT

CANADIAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS
801 EGLINTON AVENUE WEST, SUITE 401, TORONTO, ONTARIO, M5N 1E3 789-2689
ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHERAPEUTES

Programe d'erogthérapie
University of Western Ontario
London (Ontario) N6A 5C1

Le 11 juillet 1983

Maureen Law, m.d., F.R.C.P. (C)
Sous-ministre adjoint
Direction générale des services
et de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada
Ottawa (Ontario)
K1A 1B4

Cher docteur Law,

Je suis heureuse de vous transmettre le rapport du Groupe d'étude sur les lignes directrices régissant l'exercice de l'ergothérapie.

Le Groupe a été constitué en décembre 1979 à la demande de l'Association canadienne des ergothérapeutes. Il est composé de sept ergothérapeutes, d'un gériatre et d'un représentant de chacun des organismes suivants: l'Association des psychiatres du Canada, l'Association médicale canadienne et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Le rapport présente une base théorique pour l'ergothérapie, des lignes directrices générale en régissant l'exercice partout au Canada, et des directives précises régissant la planification et l'évaluation des programmes. L'établissement de ces lignes directrices, que les membres du Groupe ont approuvées à l'unanimité, marque le terme de la première étape du projet. Le Groupe propose que la deuxième étape soit entreprise au plus tôt, afin de permettre l'élaboration de lignes directices détaillées concernant les modes d'intervention.

Je tiens à remercier les membres de l'équipe pour leur précieuse contribution et pour leur soutien. J'addresse des remerciements particuliers à madame Eve Kassirer, sociologue médicale à l'emploi de la Division des services professionnels et des services en établissement, pour l'encouragement et les conseils éclairés qu'elle nous a fournis tout au long du projet. Nous avons grandement apprécié le leadership et le soutien du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social.

Cordiales salutations,

Thelma Gill

Thelma Gill, M. Ed. BSc. O.T., O.T. (C)
Présidente
Groupe d'étude sur les lignes directrices
régissant l'exercice de l'ergothérapie

CONSTITUTION DU GROUPE DE TRAVAIL.

En 1979, le président du Conseil de l'exercice de la profession de l'Association canadienne des ergothérapeutes a appris que le ministère de la Santé nationale et du Bien être social était disposé à subventionner les associations professionnelles désireuses d'élaborer des lignes directrices régissant l'exercice de la profession. Par la suite, on a réuni un groupe d'ergothérapeutes qui devaient travailler en collaboration avec un représentant du Ministère. Ces thérapeutes ont été choisis en fonction de leur lieu de résidence, de leur domaine de spécialisation et de leur engagement actif à l'égard de leur profession. L'Association des psychiatres du Canada et l'Association médicale canadienne ont accepté de nommer chacune un représentant au sein du groupe. Ainsi, un groupe de travail a été constitué et chargé d'élaborer des lignes directrices visant à améliorer la qualité des soins en matière d'ergothérapie.

COMPOSITION ET REPRÉSENTATIVITÉ DU GROUPE DE TRAVAIL.

Le groupe de travail, composé de onze membres, comprend sept ergothérapeutes, un psychiatre, un gérontologue, un physiatre et une sociologue médicale. Le psychiatre représente l'Association des psychiatres du Canada et le physiatre, qui agit à titre de membre par correspondance, représente l'Association médicale canadienne.

Les caractéristiques du groupe de travail, c'est à dire la région d'origine, le sexe, et le lieu de travail des membres sont indiquées ci après.

CARACTÉRISTIQUE	MEMBRES #
RÉGIONS DU CANADA	
Est	1
Centre	7
Ouest	1
SEXE	
Femmes	8
Hommes	1
LIEU DE TRAVAIL.	
Université	1
Hôpital	4
Collectivité	2
Gouvernement	1
Association professionnelle	1

MANDAT

Lors d'une réunion tenue en décembre 1979, les membres du groupe de travail sont convenus du mandat suivant:

I Élaborer des lignes directrices régissant l'exercice holistique en ergothérapie; à cette fin, le groupe doit:

a) déterminer le genre de services requis par les patients;
b) cerner les domaines à l'égard desquels des lignes directrices sont nécessaires;
c) passer en revue les lignes directrices et les normes actuellement en vigueur au Canada et dans d'autres pays;
d) en arriver à un consensus sur la pertinence des mesures actuelles et des nouvelles lignes directrices; et
e) établir une approche théorique applicable à la profession.

II Rédiger un rapport sur les lignes directrices établies, sur l'élaboration des programmes et sur les activités futures.

GLOSSAIRE DES TERMES EMPLOYÉS DANS LE PRÉSENT RAPPORT

Aux fins de ses discussions, le groupe de travail a défini les termes suivants associés à l'évaluation de la qualité des soins dans la mesure où ils s'appliquent à l'ergothérapie.

**ACTIVITÉ	Geste, fonction ou domaine fonctionnel qui comprend l'apprentissage ou l'action par expérience directe.
ANOMIE	État d'une personne dont les normes de comportement et de pensée sont faibles ou absentes. Cet état se caractérise par un manque d'intérêt, par l'isolement social et par des problèmes d'identité.
ÉVALUATION	Collecte, analyse et interprétation des renseignements obtenus par l'observation, les entretiens, l'analyse des dossiers et les épreuves.
CLIENT	Prestataire des services d'ergothérapie.
COGNITION	Connaissance ou perception de l'information.
SERVICES COMMUNAUTAIRES	Services d'ergothérapie offerts dans des milieux autres que les établissements hospitaliers, ex: garderies de jour.
****COMPÉTENCE	Connaissances, aptitudes, valeurs et attitudes nécessaires à l'exercice efficace d'activités professionnelles.
CAPACITÉ	Aptitude à exercer des activités au niveau d'efficacité requis pour assurer l'équilibre physique, psychologique et social.
***EFFET EFFICIENCE	Utilité moyenne d'une méthode appliquée par le fournisseur moyen dans une collectivité moyenne.
***EFFICACITÉ	Utilité (ou absence d'utilité) d'une méthode ou d'un traitement appliqué dans des circonstances idéales.
***RENDEMENT	Rapport entre l'utilité du travail accompli et l'effort total consenti.
ÉVALUATION	Séquence d'épreuves de mesures.

ÉVALUATION FONCTIONNELLE	Évaluation de l'interaction des états mental, physique, socio-culturel et spirituel permettant l'exercice d'activités utiles.
OBJECTIF	But ou objet du programme d'un client ou des activités du thérapeute.
LIGNE DIRECTRICE	Énoncé dont s'inspirent les normes ou les critères de mesure de la qualité des soins.
THÉORIE HOLISTIQUE	Perception globaliste du client; état de santé général perçu comme étant une conséquence de l'interaction complexe de facteurs mentaux, physiques, socio-culturels et spirituels.
SERVICES HOSPITALIERS OU EN ÉTABLISSEMENT	Prestation de services d'ergothérapie dans un milieu institutionnel.
INDIVIDU	Personne considérée comme ayant des caractéristiques distinctes.
INTRAPERSONNELLES	Caractéristiques individuelles qui influent sur le degré d'harmonie intérieure.
INTERPERSONNELS	Facteurs qui influent sur les rapports entre les personnes.
LOISIRS	Moments de la vie libres d'activités professionnelles et personnelles.
MODÈLE MÉDICAL	Système d'information comprenant les méthodes de traitement fondées sur la classification des maladies par les membres de la profession médicale.
ESPRIT	Entité à laquelle on attribue, malgré son manque de réalité physique ou matérielle, les facultés liées à la pensée, à la volonté et aux sentiments.
MOTRICITÉ	Ensemble des fonctions d'un muscle, d'un nerf ou d'un centre nerveux qui assure le mouvement.
BUT	Activité précise et mesurable visant la réalisation d'un objectif.
**FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL	Activités du client liées aux soins personnels, à la productivité et aux loisirs que modifient des facteurs environnementaux et sociaux.

ERGOTHÉRAPIE	Méthode de rééducation fondée sur l'analyse et la pratique d'activités axées spécialement sur les soins personnels, la productivité et les loisirs. Par l'évaluation, l'analyse et le traitement, les ergothérapeutes s'attaquent aux problèmes fonctionnels ou d'adaptation des personnes dont le rendement fonctionnel est diminué par la maladie, une lésion, un trouble émotif, un trouble du développement, un handicap social ou par le vieillissement. Le but est de prévenir l'incapacité et de promouvoir, de préserver ou de rétablir la capacité fonctionnelle, la santé et le bien-être spirituel. De plus, les services d'ergothérapie peuvent être intégrés aux réseaux de services sociaux, de santé et d'enseignement.
**OCCUPATIONS	Activités ou tâches auxquelles une personne consacre son temps et son énergie; il s'agit surtout d'activités axées sur les soins personnels, la productivité et les loisirs.
*RÉSULTAT	Résultat empirique des soins administrés.
*JUGEMENT DES PAIRS	Appréciation officielle par les collègues.
*PROCESSUS	Nature et succession des actions et des interactions (dynamique) du traitement administré.
*PRODUCTIVITÉ	Caractère productif des activités ou des tâches qui permettent à une personne de pourvoir à ses besoins, à ceux de sa famille et de la société par la production de biens et de services.
***ÉVALUATION DE LA QUALITÉ	Mesure du niveau de qualité des soins administrés à un moment ou à un autre; ne comporte aucune tentative de changement ou d'amélioration de ce niveau de soins.
***GARANTIE DE QUALITÉ	Comprend à la fois l'évaluation du niveau de qualité des soins et les mesures nécessaires pour l'améliorer.
QUALITÉ DES SOINS	Degré d'excellence de la prestation des services.
CONSULTATION	Demande adressée à un ergothérapeute pour connaître son avis ou pour prendre une décision concernant les services offerts au client.

**SOINS PERSONNELS	Activités ou tâches courantes qui entretiennent la santé et le bien-être d'une personne dans son milieu.
SENSIBILITÉ	Perception des sensations causées par la stimulation d'un organe sensoriel.
APTITUDE	Capacité de démontrer efficacement ses connaissances.
BIEN-ÊTRE SPIRITUEL	État de bien-être; force qui imprègne toute vie et lui donne un sens.
SOCIO-CULTUREL	Dimension qui caractérise les relations interpersonnelles d'une personne en ce qui touche sa famille, son degré d'instruction, ses origines ethniques et sa collectivité.
*NORME	Niveau établi officiellement et les degrés de variation acceptables qui s'y rattachent.
ÉPREUVE NORMALISÉE	Outil utilisé pour mesurer un comportement observable comprenant des directives précises, un système d'enregistrement et de notation permettant la comparaison à une norme.
*STRUCTURE	Système organisé de ressources sociales, économiques, environnementales, matérielles et humaines qui sert de cadre à la prestation des soins de santé.
**TÂCHE	Activité ou travail précis à accomplir; fonction attendue d'une personne qui travaille.

---

* Termes adaptés ou tirés du rapport: "Vers une évaluation de la qualité des soins en physiothérapie" du groupe de travail mis sur pied par l'Association canadienne de physiothérapie et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa, 1980.

** Termes adaptés ou tirés de: Concepts of Occupational Therapy, Reed et Sanderson, Williams et Wilkins, Baltimore, 1980.

*** Termes tirés de l'article: Assessing the Quality of Medical Care par G. Rosenthal, Medical Care, septembre 1977, Volume XV, supplément n° 9.

**** Termes tirés de Butler, FC, The Concept of competence: an operational definition, Education technology, janvier 1978, 7-17.

***** Termes adaptés de Mosey, AC. An alternative: The biopsychosocial model, American Journal of Occupational Therapy, 1974, Vol. 28, N° 3. (137-140).

CHAPITRE 1: INTRODUCTION

Depuis la fin des années 60, plusieurs facteurs ont forcé les professionnels de la santé à évaluer d'un oeil critique le système de prestation des soins en vigueur au Canada. Voici quelques-uns de ces facteurs.

La prévalence grandissante des maladies chroniques et la nécessité, pour les individus, de prendre en charge leur propre santé.

La prolifération des techniques de pointe dont disposent présentement les spécialistes de la santé pour l'analyse, le diagnostic et le traitement.

Le perfectionnement et l'efficacité accrue des techniques de communication qui ont accentué l'esprit critique des consommateurs.

Les changements qui se produisent maintenant de plus en plus rapidement dans de nombreux domaines de services où l'accent est mis sur la préservation de la santé, la prévention et le dépistage précoce de la maladie.

Les préoccupations de nature économique manifestées par les gouvernements au sujet des coûts élevés et sans cesse grandissants des soins de santé qui obligeront les spécialistes de la santé à assumer une plus grande responsabilité à l'égard de la prestation des services.

L'ergothérapie en tant que spécialité en évolution pratiquée dans le milieu hospitalier traditionnel, dans des établissements communautaires et dans des cabinets privés, doit composer aves ces facteurs.

La pratique de l'ergothérapie consiste essentiellement à faire participer les clients à des activités utiles dont le choix s'appuie à la fois sur l'art de la thérapie et sur les méthodes scientifiques.

La qualité de cette pratique est un facteur important qui englobe des questions de nature professionnelle, telle que la compétence, la responsabilité et l'éthique. A cause de l'importance accordée maintenant à l'évaluation de la prestation des services, il est essentiel de mettre au point une méthode qui permettra d'évaluer les services offerts en ergothérapie. Par conséquent, le groupe de travail propose, dans le présent rapport, des façons d'améliorer la qualité des soins assurés au Canada dans ce domaine.

Puisque l'évaluation de la qualité et la garantie de qualité revêtent une importance de plus en plus grande, une bonne compréhension des différents aspects de ces questions s'impose. Pour évaluer la nature des soins, il faut habituellement procéder à une comparaison par rapport à des critères établis ou à des services du même genre assurés par d'autres personnes oeuvrant dans la même sphère d'activités. L'évaluation de la qualité vise précisément à déterminer le degré ou le niveau d'excellence des services offerts. La garantie de qualité va un peu plus loin. En plus d'établir ce niveau, elle assure l'amélioration des soins. Le présent document porte sur l'évaluation de la qualité.

1. GENÈSE DE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SOINS EN ERGOTHÉRAPIE

L'élaboration de lignes directrices régissant la pratique de l'ergothérapie fait partie de quatre activités menées à bien par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE).

En 1966, en collaboration avec Statistique Canada et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, l'ACE a mis au point un système statistique de valeurs unitaires applicable uniformément partout au Canada. Le premier objectif de ce système national est d'enregistrer le degré d'utilisation des services d'ergothérapie et d'en rendre compte. D'après les données recueillies et d'autres renseignements disponibles, on peut déterminer la quantité des services offerts, mais non leur qualité.

En 1973, l'ACE a autorisé la diffusion d'un document sur les normes applicables aux services d'ergothérapie dont s'est inspiré le document: Normes pour l'agrément des établissements de santé du Canada, mis au point par le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux en 1977. Compte tenu de l'évolution dans la prestation des services d'ergothérapie, l'ACE a récemment procédé à la mise à jour des normes qui régissent la pratique de cette discipline, dans un document intitulé: Standards for Occupational Therapy Services (CAOT, 1982) (Normes applicables au service d'ergothérapie). Ces normes servent de critères de base pour évaluer les installations d'ergothérapie, les méthodes de tenue de dossiers et la formation professionnelle exigée des ergothérapeutes qui assurent les services dans les établissements de santé.

Les compétences requises d'un ergothérapeute ont été définies, en 1977, par un groupe de travail de l'ACE. En 1980, on a établi le profil des compétences qui, grâce à un système de cote, permet de déterminer les conditions d'admission des candidats ergothérapeutes qui détiennent un baccalauréat. L'ACE a approuvé les recommandations du groupe de travail et entrepris la révision des normes applicables à la formation des ergothérapeutes au Canada.

En 1979, l'ACE a demandé l'aide du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social pour élaborer d'autres lignes directrices. Le terme: "lignes directrices" par rapport à celui de: "normes" a une signification particulière dans le cadre du présent document, puisqu'il implique également la notion de grandes lignes, des suggestions ou de points de repère qui peuvent être modifiés pour devenir des normes. Les lignes directrices ne sont pas des formules; elles ne remplacent pas le jugement professionnel. De même, la création de normes dans le domaine de la santé ne relève pas de la compétence du gouvernement fédéral. Les associations provinciales d'ergothérapeutes sont responsables de l'application et de la surveillance de leurs propres normes.

Le groupe de travail de SBSC a reconnu la complexité de la tâche à accomplir. L'expérience témoigne de la difficulté qu'il y a à élaborer des lignes directrices qui soient valables, pertinentes, réalisables et applicables dans toutes les régions du Canada. Le groupe de travail a également reconnu que ces lignes directrices devraient favoriser une qualité raisonnable plutôt que de viser à la perfection ou de se contenter du minimum.

2. EXAMEN DES MÉTHODES D'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DES SOINS

Le groupe de travail a procédé à l'examen de certains documents traitant de l'évaluation des services de santé afin de déterminer quelles sont les méthodes utilisées par différents spécialistes de la santé pour mesurer la qualité des soins. Le groupe s'est rallié à la pensée de Donabedian (1966) et a adapté l'ouvrage classique de cet auteur qui a cerné les trois principaux domaines à évaluer et au sujet desquels on peut recueillir des données.

- MESURES DE LA STRUCTURE qui permettent d'évaluer la qualité de l'établissement, les compétences du personnel et le matériel servant à la prestation des soins.

- MESURES DU PROCESSUS qui permettent d'évaluer les étapes de la consultation, de la planification et de l'évaluation du programme, du traitement, du congé, de la postobservation et de la tenue des dossiers dans les services axés sur le client.

- MESURES DU RÉSULTAT qui permettent d'évaluer jusqu'à quel points les services axés sur le client ont contribué à améliorer l'état fonctionnel de ce dernier.

Ces mesures peuvent être appliquées aux méthodes d'évaluation et à la documentation qu'utilisent le plus fréquemment les ergothérapeutes pour évaluer la qualité des soins.

- L'évaluation par les collègues

  - permet d'évaluer l'aptitude du thérapeute à concevoir et à mettre en oeuvre un programme de traitement, ainsi que les résultats de ce programme. (Mesures du processus ou du résultat.)

- La vérification des dossiers (examen des dossiers médicaux du client)

  - permet d'analyser les soins offerts et les résultats obtenus. (Mesures du processus ou du résultat.)

- Les normes d'agrément

  - établies par les associations professionnelles (exemple: le Conseil canadien d'agrément des hôpitaux et l'Association canadienne des ergothérapeutes); permettent d'évaluer les établissements qui offrent des services d'ergothérapie. (Mesures de la structure)

- o Le profil des connaissances

  - mis au point par l'Association canadienne des ergothérapeutes en 1980 pour coter les aptitudes exigées des candidats ergothérapeutes. (Mesures de la structure)

- o Lignes directrices régissant la pratique de l'ergothérapie - Québec

  - élaborées conjointement par le ministère du Travail et de la Main-d'oeuvre et la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec (CPQ) et consistant en une analyse de la profession d'ergothérapeute. (Mesures du processus.)

- o Le programme de perfectionnement professionnel American Occupational Therapy Association (AOTA)

  - proposé par l'AOTA en 1976 en vue d'établir des normes de rendement et de fournir aux ergothérapeutes des possibilités de perfectionnement qui leur permettent de maintenir leur niveau de compétence. (Mesures de la structure)

De plus, le groupe de travail a analysé la documentation dans ce domaine et les méthodes utilisées par d'autres spécialistes de la santé, particulièrement en ce qui concerne l'évaluation du processus. Puisque ces méthodes ne s'appliquaient pas à l'ergothérapie, il fallait donc définir des lignes directrices en matière d'évaluation de la qualité des services et particulières à la pratique de l'ergothérapie au Canada. Le groupe de travail a accepté de ne pas se concentrer sur des lignes directrices applicables à la structure, puisqu'elles existent déjà sous la forme de normes d'agrément et de critères d'admission.

3. CHOIX DES LIGNES DIRECTRICES APPLICABLES AU PROCESSUS

Après s'être penché sur les questions du processus et du résultat, le groupe de travail a décidé de se concentrer sur le processus puisque les lignes directrices à cet égard sont une priorité de la profession d'ergothérapeute. Cette priorité est dictée par le besoin, à l'échelle nationale, de points de repère en ce qui a trait à la pratique de l'ergothérapie. Des lignes directrices applicables au processus nous permettraient d'abord de décrire les interactions successives du client et de l'ergothérapeute (de la consultation au congé ou à l'observation postcure). Compte tenu du fait que les individus sont les premiers responsables de leur propre santé, les lignes directrices ont été élaborées en fonction d'une pratique axée sur le client. (Voir le chapitre III.)

On a par la suite mis au point des lignes directrices détaillées en matière d'évaluation et de planification de programme; l'élaboration de lignes directrices en matière de traitement est prévue dans un avenir rapproché.

On envisage également d'établir une méthode permettant de mesurer les résultats de l'ergothérapie. Bien souvent, les résultats d'un traitement sont attribuables à une équipe multidisciplinaire, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité particulière du traitement d'ergothérapie.

4. CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES

Le premier programme d'études en ergothérapie offert en 1918, à l'Université de Toronto, comprenait des cours d'anatomie, de même que des cours d'arts manuels. Le cours de six semaines offert à cette époque et menant à un certificat en ergothérapie est devenu un cours au niveau du baccalauréat. On compte maintenant dix universités qui offrent le programme à travers le pays et toutes sont agréées par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). L'agrément est accordé après une analyse rigoureuse du programme d'études et une visite de l'établissement d'enseignement.

Tous les programmes d'études agréés en ergothérapie comportent des cours en sciences médicales, en sciences sociales et du comportement, de même que des cours de sciences appliquées. Les étudiants touchent des domaines variés tels que le développement de l'enfant, les théories de la personnalité et de l'apprentissage et les méthodes de recherche.

Les cours qui ne relèvent pas de la pratique de la profession sont habituellement donnés par des spécialistes à l'université. Les théories relatives aux différents domaines sont intégrées aux cours d'ergothérapie. Ces cours portent sur le mode d'application, dans la pratique, de tâches et d'activités permettant d'évaluer la capacité fonctionnelle et ses différents aspects et sur le choix d'un programme de traitement efficace.

De plus, les étudiants doivent consacrer au moins 1200 heures de travail pratique dans des établissements approuvés ou agréés par l'ACE. Ce travail pratique peut se faire dans le cadre d'établissements hospitaliers, d'établissements de soins prolongés, de services communautaires ou de programmes éducatifs spéciaux. Les stagiaires doivent passer autant de temps dans des services de médecine générale que dans des services de psychiatrie.

Ensemble des connaissances

L'exécution d'activités utiles et l'analyse de ces activités sont à la base du traitement qui vise à favoriser la capacité fonctionnelle. On met l'accent sur le processus d'ergothérapie dont les étapes comprennent l'évaluation du client et la planification, la mise en oeuvre et la fin du traitement. (Cynkin, 1979).

Le recours à des activités qui stimulent l'intérêt des clients et à des activités qui améliorent leur capacité d'accomplir des tâches adaptées à leur état de santé et à leurs possibilités forment l'essence même de la théorie de l'ergothérapie.

- o Le profil des connaissances

  - mis au point par l'Association canadienne des ergothérapeutes en 1980 pour coter les aptitudes exigées des candidats ergothérapeutes. (Mesures de la structure)

- o Lignes directrices régissant la pratique de l'ergothérapie - Québec

  - élaborées conjointement par le ministère du Travail et de la Main-d'oeuvre et la Corporation professionnelle des ergothérapeutes du Québec (CPQ) et consistant en une analyse de la profession d'ergothérapeute. (Mesures du processus.)

- o Le programme de perfectionnement professionnel American Occupational Therapy Association (AOTA)

  - proposé par l'AOTA en 1976 en vue d'établir des normes de rendement et de fournir aux ergothérapeutes des possibilités de perfectionnement qui leur permettent de maintenir leur niveau de compétence. (Mesures de la structure)

De plus, le groupe de travail a analysé la documentation dans ce domaine et les méthodes utilisées par d'autres spécialistes de la santé, particulièrement en ce qui concerne l'évaluation du processus. Puisque ces méthodes ne s'appliquaient pas à l'ergothérapie, il fallait donc définir des lignes directrices en matière d'évaluation de la qualité des services et particulières à la pratique de l'ergothérapie au Canada. Le groupe de travail a accepté de ne pas se concentrer sur des lignes directrices applicables à la structure, puisqu'elles existent déjà sous la forme de normes d'agrément et de critères d'admission.

3. CHOIX DES LIGNES DIRECTRICES APPLICABLES AU PROCESSUS

Après s'être penché sur les questions du processus et du résultat, le groupe de travail a décidé de se concentrer sur le processus puisque les lignes directrices à cet égard sont une priorité de la profession d'ergothérapeute. Cette priorité est dictée par le besoin, à l'échelle nationale, de points de repère en ce qui a trait à la pratique de l'ergothérapie. Des lignes directrices applicables au processus nous permettraient d'abord de décrire les interactions successives du client et de l'ergothérapeute (de la consultation au congé ou à l'observation postcure). Compte tenu du fait que les individus sont les premiers responsables de leur propre santé, les lignes directrices ont été élaborées en fonction d'une pratique axée sur le client. (Voir le chapitre III.)

On a par la suite mis au point des lignes directrices détaillées en matière d'évaluation et de planification de programme; l'élaboration de lignes directrices en matière de traitement est prévue dans un avenir rapproché.

On envisage également d'établir une méthode permettant de mesurer les résultats de l'ergothérapie. Bien souvent, les résultats d'un traitement sont attribuables à une équipe multidisciplinaire, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité particulière du traitement d'ergothérapie.

4. CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES

Le premier programme d'études en ergothérapie offert en 1918, à l'Université de Toronto, comprenait des cours d'anatomie, de même que des cours d'arts manuels. Le cours de six semaines offert à cette époque et menant à un certificat en ergothérapie est devenu un cours au niveau du baccalauréat. On compte maintenant dix universités qui offrent le programme à travers le pays et toutes sont agréées par l'Association canadienne des ergothérapeutes (ACE). L'agrément est accordé après une analyse rigoureuse du programme d'études et une visite de l'établissement d'enseignement.

Tous les programmes d'études agréés en ergothérapie comportent des cours en sciences médicales, en sciences sociales et du comportement, de même que des cours de sciences appliquées. Les étudiants touchent des domaines variés tels que le développement de l'enfant, les théories de la personnalité et de l'apprentissage et les méthodes de recherche.

Les cours qui ne relèvent pas de la pratique de la profession sont habituellement donnés par des spécialistes à l'université. Les théories relatives aux différents domaines sont intégrées aux cours d'ergothérapie. Ces cours portent sur le mode d'application, dans la pratique, de tâches et d'activités permettant d'évaluer la capacité fonctionnelle et ses différents aspects et sur le choix d'un programme de traitement efficace.

De plus, les étudiants doivent consacrer au moins 1200 heures de travail pratique dans des établissements approuvés ou agréés par l'ACE. Ce travail pratique peut se faire dans le cadre d'établissements hospitaliers, d'établissements de soins prolongés, de services communautaires ou de programmes éducatifs spéciaux. Les stagiaires doivent passer autant de temps dans des services de médecine générale que dans des services de psychiatrie.

Ensemble des connaissances

L'exécution d'activités utiles et l'analyse de ces activités sont à la base du traitement qui vise à favoriser la capacité fonctionnelle. On met l'accent sur le processus d'ergothérapie dont les étapes comprennent l'évaluation du client et la planification, la mise en oeuvre et la fin du traitement. (Cynkin, 1979).

Le recours à des activités qui stimulent l'intérêt des clients et à des activités qui améliorent leur capacité d'accomplir des tâches adaptées à leur état de santé et à leurs possibilités forment l'essence même de la théorie de l'ergothérapie.

Les sciences sociales, biologiques et du comportement et leur application particulière aux besoins fonctionnels du client donnent une orientation unique au domaine de la santé. L'ergothérapeute possède également des connaissances sur le rôle que jouent le processus pathologique, la santé physique et mentale et les mécanismes d'adaptation. Sa connaissance des liens entre le corps, l'esprit, l'âme et la société oriente son choix (conformément à une théorie reconnue) des méthodes et des moyens appropriés qui permettront de réaliser les objectifs thérapeutiques.

Connaissances et méthodes

Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité fonctionnelle d'un client sur toute la durée de la vie, l'ergothérapeute a recours à une approche holistique et à une variété d'activités utiles. À cette fin, il doit faire appel à toutes ses connaissances pour assurer l'amélioration de la capacité fonctionnelle de ses clients. Les activités courantes et routinières de la vie de tous les jours (s'habiller, faire son lit, prendre une douche, taper à la machine, prendre l'autobus) lui servent de points de départ pour évaluer la capacité fonctionnelle. Les tâches à accomplir sont analysées en fonction de leurs répercussion physique, sociale et symbolique. Une fois réalisée la synthèse de ces connaissances, une intuition professionnelle sûre vient appuyer les compétences du thérapeute. (Albright et Albright, 1980).

La réussite du traitement est fonction de la compréhension que le thérapeute a de l'utilisation de soi-même comme agent de changement. La réaction personnelle du thérapeute à l'égard de son client peut modifier l'orientation des progrès de celui-ci.

Le thérapeute doit, avant tout, voir à ce que le temps que le client consacre à des activités personnelles, productives et de loisirs soit bien équilibré. Bien que l'observation clinique, la résolution des problèmes et l'analyse des activités soient des facteurs importants de l'efficacité du thérapeute, on ne peut isoler ces facteurs du contexte dans lequel ils s'inscrivent; du client qui est le point central; ou des dysfonctions particulières que l'ergothérapeute doit traiter (Cynkin, 1979; Mosey, 1980). Ainsi, l'approche du thérapeute revêt un caractère plus exclusif que les techniques particulières qu'il utilise. C'est ce qui constitue l'art de traiter (Moore, 1977).

5. ÉTHIQUE

Un code d'éthique professionnelle est "une promesse implicite à la société que les normes de la qualité technique et de la probité professionnelle seront respectées". (Purtillo et Cassel, 1981, p. 20). L'Association canadienne des ergothérapeutes a adopté un code qui définit les domaines de responsabilité à l'égard du consommateur, de soi-même, de la profession, des collègues, de l'employeur et de la collectivité. Ce code national est celui qu'utilisent le plus fréquemment les associations provinciales d'ergothérapeutes.

CHAPITRE II: BASE THÉORIQUE

Les méthodes systématiques de classement et d'analyse de comportements et d'activités s'appuient sur une base théorique. Le support théorique adopté par le groupe de travail comprend bon nombre de principes théoriques et philosophiques auxquels adhèrent les ergothérapeutes. Les membres du groupes de travail ont élaboré ces principes à partir de leurs expériences personnelles et professionnelles et d'une analyse de la documentation en matière d'ergothérapie, de soins, de théories des systèmes et de théories du développement. (Voir par exemple, Reilly, 1962; Duval, 1966, Schvaneveldt, 1966; Wantanabe, 1968; Reilly, 1969; Llorens, 1970; Clark, 1979 a, b,; Mosey, 1980; Kielhofner et Burke, 1980.) Pour la plupart, les ergothérapeutes s'inspirent de certains de ces principes-clés dans l'exercice de leur profession. Cependant, on a souvent tendance à dissocier ces principes de leur origine pour les appliquer séparément. On contribue ainsi à diminuer leur signification et leur valeur scientifique et à créer une dépendance à l'égard d'une méthode impossible à adapter ou à modifier.

Les ergothérapeutes reconnaissent depuis longtemps la valeur de la personne et adhèrent à la théorie holistique en matière de soins, et aux principes qui font appel à des activités normales ou adaptées à des fins thérapeutiques. Bon nombre de ces principes sont décrits dans des manuels d'ergothérapie ou d'autres documents. Dans le présent chapitre, nous en présentons un résumé adapté au contexte canadien et qui illustre les tendances actuelles et futures de la pratique de l'ergothérapie à travers le pays.

Une base théorique est un ensemble intégré d'hypothèses, de principes et de concepts fondamentaux. Avant d'appliquer ces théories, il faut comprendre les éléments qui les composent par rapport à un modèle particulier de pratique. Voici une analyse sommaire de chacun des concepts suivants, appliqués à l'ergothérapie*:

1. VALEUR DE LA PERSONNE
2. THÉORIE HOLISTIQUE
3. MODÈLE DE FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL
4. APPLICATION THÉRAPEUTIQUE DE L'ACTIVITÉ
5. LE DÉVELOPPEMENT DE LA PERSONNE

---

* Les personnes qui désirent approfondir ces concepts généraux dans les domaines de la santé, des services sociaux, de la théorie des systèmes ou d'autres domaines peuvent consulter la liste des ouvrages de référence et la bibliographie choisie à la fin du présent rapport.

1. VALEUR DE LA PERSONNE

La croyance dans la valeur de la personne est le principe qui sous-tend toute pratique d'ergothérapie. Reconnaissant que l'être humain est une entité complexe constituée de nombreux éléments et animée d'une faculté unique d'analyser, d'intervenir et d'agir, l'ergothérapeute vise à choisir des activités fonctionnelles qui valoriseront son client et qui l'aideront à se réaliser à sa juste valeur. Dans cette relation thérapeutique, le client est un participant actif.

2. THÉORIE HOLISTIQUE

L'ergothérapie s'appuie, en principe et en pratique, sur la théorie selon laquelle l'individu est un être global. L'être humain est considéré comme un système intégré dont aucune fonction n'est isolée, mais plutôt considérée comme élément de l'ensemble qui le compose.

Les principes holistiques ont été reconnus comme fondamentaux dès les débuts de l'ergothérapie. Dans les premiers écrits sur cette discipline, on considérait le corps, l'âme et l'esprit comme des éléments en interaction dans les activités thérapeutiques proposées aux soldats qui revenaient de la Première Guerre mondiale. Cette philosophie de base était illustrée sur un écusson triangulaire que portaient les "auxiliaires", les premières ergothérapeutes canadiennes (Trent, 1919). La pratique actuelle s'est donc développée à partir de la nécessité reconnue originalement de prévoir des activités d'ergothérapie pour aider les anciens combattants à retourner sur le marché du travail.

3. MODÈLE DE FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL

La figure 1 ci-après présente un modèle de capacité fonctionnelle fondé sur la connaissance des éléments de l'être humain qui entrent en interaction.

Les ergothérapeutes rattachent la capacité fonctionnelle de l'homme à trois domaines: les soins personnels, la productivité et les loisirs, tous étant fonction de l'interaction des particularités mentales, physiques, socio-culturelles et spirituelles de l'individu (Reed et Sanderson, 1980).

La pratique de l'ergothérapie part du principe que l'homme a besoin de s'engager. Les formes et l'orientation de son engagement sont variées, chacune ayant une répercussion profonde sur sa qualité de vie. Dans ce modèle conceptuel, le point culminant des expériences de l'homme est la formation des caractéristiques mentales, physiques, socio-culturelles et spirituelles qui le distinguent. L'intégration équilibrée de ces quatre caractéristiques est essentielle au fonctionnement sain et au sentiment de bien-être de l'individu. L'homme réalise cette intégration en entrant en interaction avec son milieu social, culturel et physique sur lequel il influe et par lequel il est influencé.

L'activité et l'interaction stimulent de multiples façons le système nerveux central, donnant à l'être humain son caractère dynamique, qui est en constante évolution.

Le processus mental met en cause les facultés cognitives, affectives et volitionnelles. Du point de vue mental, l'homme peut exercer sa capacité de raisonner et de s'adapter. Par ses interactions avec son milieu et ses semblables, l'homme acquiert la conscience de lui-même. Il assimile et transmet des symboles qui lui permettent de comprendre le monde et d'y jouer un rôle à la fois actif et réactif (Schvaneveldt, 1966; Clark, 1979a). Son sens des responsabilités à l'égard de lui-même le pousse à prendre sa propre vie en charge.

L'aspect physique englobe les fonctions motrices et sensorielles (Reilly, 1962). L'homme cherche à satisfaire ses besoins alimentaires, sexuels, personnels et de sécurité. Par sa dextérité manuelle, il augmente ses possibilités d'action.

Sur le plan socio-culturel, les modèles de comportement de l'homme sont déterminés par ses croyances, son échelle des valeurs, son étape de développement et sa situation de vie. Son échelle des valeurs oriente son comportement. Sans cette échelle, l'anomie se manifeste (Solomon, 1980). Les interactions avec les autres stimulent chez l'homme la manifestation de sentiments et de sensations.

A cause de son caractère spirituel, l'homme se soucie de la nature, du sens de la vie, de son but et de sa place dans l'univers. Les auteurs américains déjà cités en matière d'ergothérapie n'abordent pas cet aspect spirituel qui, au Canada, est l'un des principes fondamentaux de la pratique de l'ergotherapie (Trent, 1919; Smith, 1964). Nous en tenons compte dans le présent document, comme le font de plus en plus les auteurs actuels (Albright et Albright, 1980; Gordon, 1980).

Le fonctionnement occupationnel comporte plusieurs facettes. On l'évalue d'après une analyse du niveau fonctionnel, des aptitudes requises et de la pertinence des comportements par rapport aux activités que le client est appelé à exercer.

4. APPLICATION THÉRAPEUTIQUE DE L'ACTIVITÉ

L'ergothérapeute analyse les activités et le degré d'adaptation requis du client avant de choisir des tâches qui permettront d'atteindre des objectifs thérapeutiques précis. Cet engagement à l'égard d'une tâche utile (stratégie thérapeutique) est la caractéristique qui distingue l'ergothérapie des autres formes de thérapie.

Le rôle de l'ergothérapeute est de faciliter l'engagement du client à l'égard de son milieu. L'interaction du thérapeute et de son client et l'échange qui découle de la situation d'apprentissage créée par le thérapeute sont des éléments essentiels de la relation thérapeutique. Les activités utiles permettent

de définir et de perfectionner les aptitudes fonctionnelles, d'explorer des rôles de remplacement et de promouvoir l'amélioration de la capacité fonctionnelle.

5. ÉTAPES DU DÉVELOPPEMENT

Les thérapeutes considèrent la capacité fonctionnelle de l'être humain en fonction des étapes de la vie. Les objectifs principaux des fonctions humaines varient d'une étape à l'autre et les progrès réalisés dépendent du niveau de performance (fonctionnel ou dysfonctionnel) du sujet et des particularités sociales, culturelles et physiques de son milieu.

La durée de la vie est marquée par cinq principales étapes de développement qui servent de points de repère pour évaluer la capacité fonctionnelle d'un client.

Voici ces étapes:

l'enfance (de la naissance à la puberté)
l'adolescence (de la puberté à 20 ans)
le début de l'âge adulte (de 21 à 35 ans)
l'âge moyen (de 36 à 65 ans)
l'âge mûr (65 ans et plus)

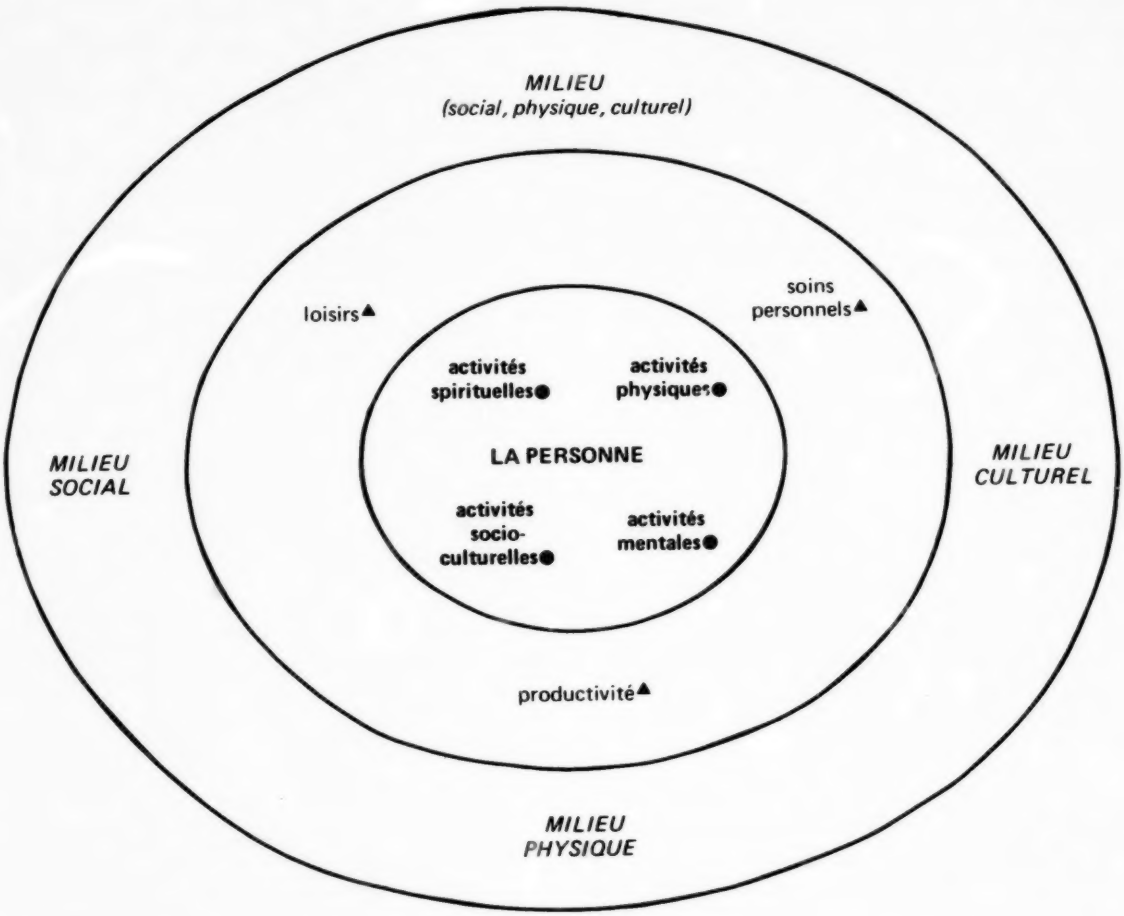

FIGURE I INTERACTIONS DANS UN MODÈLE DE FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL■

■ **D'après Reed et Sanderson, 1980**
● **Éléments de capacité fonctionnelle**
▲ **Domaines de fonctionnement occupationnel**

CHAPITRE III: LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PRATIQUE DE L'ERGOTHÉRAPIE AXÉE SUR LE CLIENT

Le présent chapitre traite des lignes directrices relatives à la pratique de l'ergothérapie axée sur le client, de la consultation à l'observation post-cure. Les chapitres IV et V présentent les lignes directrices régissant l'évaluation et la planification de programme. Les lignes directrices relatives au traitement feront l'objet d'un document futur.

Les lignes directrices contenues dans le présent chapitre et dans l'annexe B constituent, pour les praticiens et les administrateurs, un ensemble homogène de buts, de méthodes et de techniques qui assurent une certaine uniformité et une certaine constance dans la pratique de l'ergothérapie et dans la prestation des services à travers le Canada.

C'est délibérément que ces lignes directrices sont formulées de façon simple. Elles ne doivent pas servir de formule pour le soin des clients, mais plutôt de points de repère à l'échelle nationale dont peuvent s'inspirer les praticiens pour élaborer leurs programmes de traitement. La diversité des méthodes de traitement, des modes d'intervention et des styles professionnels appropriés aux besoins du client laissera toujours une place à la créativité.

Le professionnalisme des praticiens s'accroît à mesure que se normalise la pratique.

Les lignes directrices n'englobent pas la relation client-thérapeute. On ne peut considérer celle-ci comme une étape distincte du programme; elle en fait virtuellement partie et comme telle, elle influe sur chacune des étapes. Le programme d'ergothérapie ne peut être entrepris avant qu'un rapport ne soit établi, ou que le client n'ait donné son accord tacite (consentement éclairé). Ce rapport, de même que le traitement, doivent être amorcés, réalisés et terminés.

Bien que l'observation et l'analyse des activités soient des facteurs importants de l'efficacité du thérapeute, on ne doit pas dissocier ces facteurs du client qui est le point central, ou de ses dysfonctions particulières.

Le contenu du présent chapitre est partagé selon les rubriques suivantes:

1. LES ÉTAPES DE LA PRATIQUE
2. LE PROCESSUS D'ERGOTHÉRAPIE: UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE
3. LES PRINCIPES DIRECTEURS DES ÉTAPES DE LA PRATIQUE.

Les lignes directrices ont été établies d'après les étapes que traverse le client, du début jusqu'à la fin de sa participation au programme. Les clients ne franchissent pas tous les étapes dans le même ordre. La relation peut être interrompue à différents intervalles: après le dépistage ou l'évaluation ou au moment du congé. Nous avons tenté d'illustrer ici les étapes successives que peut suivre un client.

Les lignes directrices sont formulées en termes très généraux pour en faciliter l'adaptation à une situation particulière. Par exemple, les lignes directrices relatives à la consultation prévoient le recours à une méthode officielle. Dans certaines provinces, la loi peut exiger que le client soit adressé par un médecin; il peut en être de même de la politique en vigueur dans un établissement ou un service particulier; un ergothérapeute oeuvrant dans le système scolaire peut exiger que le client soit adressé par un psychologue; l'ergothérapeute qui travaille dans la collectivité peut considérer une demande adressée par le client lui-même.

On ne saurait trop insister sur l'importance qu'il y a à bien documenter les constatations à chaque étape. Les exigences à cet égard doivent être établies par chaque établissement ou service, de même que les délais fixés de façon à en permettre le respect. Par exemple, dans un établissement pour malades aigus, l'évaluation générale peut être effectuée dans un délai de 24 à 48 heures suivant la réception de la demande de traitement. Dans un établissement de soins de longue durée, ce délai peut être nettement trop court.

Avant d'élaborer des normes ou des principes directeurs, on devrait consulter les règlements qui régissent la pratique de l'ergothérapie dans la province. De même, les normes relatives à la pratique de l'ergothérapie devraient être compatibles avec celles en vigueur dans l'établissement de travail. S'il est question d'assurance aux tiers, les lignes directrices devraient en tenir compte.

1. LES ÉTAPES DE LA PRATIQUE

L'approche systémique peut être conçue comme étant la prestation de services d'ergothérapie axés sur le client et qui reconnaissent les rapports de celui-ci avec son milieu (voir la figure II). Cette approche permet de démontrer que le processus d'ergothérapie est fondé non seulement sur l'expérience personnelle du client, mais aussi sur sa réalité sociale. Elle met également en évidence l'interrelation du personnel soignant et du programme de traitement.

Selon cette approche, le processus ergothérapique est le système. Le client entre dans le système à la suite d'une demande faite par un professionnel de la santé ou par lui-même. Les renseignements notés au moment de son entrée dans le système servent durant les étapes du processus, de même que les renseignements qui se dégagent pendant le déroulement du processus et ceux que fournissent les intéressés. Habituellement, le thérapeute guide le client à travers chaque étape (sous-système) jusqu'au moment de son congé et de son retour à la société. Ces différentes étapes sont décrites ci-après.

a) La consultation

La consultation comprend le dépistage des personnes qui tireraient profit d'un programme d'ergothérapie, la justification de l'inscription d'un client au programme, et la présentation de la demande de traitement.

Les critères d'admissibilité peuvent être établis par le service, l'établissement ou le praticien ou être imposés, dans une certaine mesure, par la loi, la politique de l'établissement ou par les pratiques de gestion en vigueur.

Pour être acceptée, la demande de traitement doit être accompagnée de certains renseignements clés, c'est-à-dire les éléments fournis par chaque service intéressé. Son contenu doit inclure les données relatives au client, des renseignements de base et une description des problèmes qui ont motivé la demande de traitement.

b) L'évaluation

L'étape de l'évaluation commence par la collecte des données. Ces données sont recueillies auprès de différentes sources (malade, famille, autres spécialistes, organismes communautaires) et de diverses façons (entretien, observation, outils normalisés). Les autres éléments de l'évaluation sont: l'analyse et l'interprétation des données; la définition du problème; la recommandation d'un traitement (ou le renvoi du client à la personne qui l'a dirigé); et la communication des résultats de l'évaluation au client, à l'équipe soignante, à la famille ou à un représentant compétent.

Le service d'ergothérapie doit disposer d'un nombre suffisant d'outils d'évaluation de divers genres. Il peut s'agir d'instruments de mesure généraux ou spécialisés, normalisés ou non normalisés. Les outils disponibles ont évolué et se sont perfectionnés à mesure qu'évoluait la pratique de l'ergothérapie (voir le chapitre IV).

c) La planification du programme

Cette étape comprend l'analyse des données obtenues par l'évaluation et l'élaboration d'un plan de traitement. Il s'agit de déterminer non seulement ce qu'il faut faire, mais aussi quand le faire et dans quel ordre; par exemple: créer un milieu propice au traitement; déterminer les objectifs du traitement; choisir l'approche, le cadre théorique et les méthodes de traitement qui conviennent; choisir ou adapter l'activité; établir un calendrier et discuter du plan avec le client, sa famille et l'équipe soignante. Les modalités du congé et d'autres détails (ex.: orientation vers un organisme communautaire ou un autre service) doivent être précisés durant cette étape (voir le chapitre V).

d) Le traitement

Le traitement commence par la mise en oeuvre du programme de soins prévu. Puisque le traitement a un caractère dynamique, il est nécessaire d'analyser les progrès du client par rapport aux objectifs fixés et, au besoin, de modifier le plan de traitement.

Il importe que le thérapeute motive son client en fonction de la nature de son problème, de ses attentes qui découlent de son échelle des valeurs et des objectifs du traitement qui sont de développer, de maintenir ou de

rétablir sa capacité fonctionnelle, de l'éduquer au besoin, de la réévaluer et de prévenir la manifestation de troubles fonctionnels plus graves ou nouveaux.

e) Le congé

Le congé marque officiellement la fin du traitement actif. Il peut se produire naturellement, par exemple, lorsque le client a tiré le maximum d'avantages du programme, ou être dicté par d'autres circonstances, par exemple, un manque de motivation de la part du client, une urgence, etc.

f) L'observation postcure

L'observation postcure n'est pas toujours possible dans un programme d'ergothérapie, mais elle est un atout important. Elle permet de vérifier si le client se maintient au meilleur niveau fonctionnel possible, de repérer les difficultés qui peuvent survenir et de reprendre le traitement au besoin.

Le client peut alors entrer à nouveau dans le système thérapeutique et faire réévaluer sa capacité fonctionnelle, étant plus en mesure de tirer le maximum de ses aptitudes et de son autonomie nouvellement acquise pour répondre aux exigences de son milieu.

g) L'évaluation du programme

L'évaluation du programme ne se déroule pas toujours de la même façon. Elle peut porter sur un cas particulier ou sur plusieurs cas, selon des critères établis; ou encore, revêtir un caractère plus officiel et prendre la forme d'une vérification de dossier, d'un jugement des pairs, d'un sondage auprès des clients ou d'un programme de garantie de qualité. Cette étape n'a pas toujours lieu immédiatement après le congé ou l'observation postcure; elle peut faire partie d'un examen périodique.

Il est essentiel que les ergothérapeutes analysent à la fois le processus et le résultat de leurs programmes de traitement pour offrir aux clients des services de qualité supérieure et des modes de traitement modernes et efficaces.

2. LE PROCESSUS D'ERGOTHÉRAPIE: UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

La figure II ci-après est une illustration graphique d'un exemple de processus d'ergothérapie qui s'inspire d'une approche systémique où la rétroaction permet, en tout temps, l'adaptation du client, du thérapeute et du milieu. Il existe, bien sûr, d'autres exemples.

Comme le montre la figure II, le client suit le parcours indiqué par les flèches rayées, entre chaque étape complétée (sous-système) jusqu'à son retour dans son milieu; d'autres parcours sont également possibles le long des flèches pleines. Par exemple, un client peut, une fois son problème

dépisté, être renvoyé à la personne qui l'a adressé ou dans son milieu social, ou passer de la réévaluation à l'un ou l'autre des niveaux du sous-système d'évaluation ou à la redéfinition des objectifs du traitement.

Les renseignements qui peuvent modifier le processus, à un niveau ou à une étape (sous-système) quelconque sont intégrés le long des flèches en pointillé, indiquant que l'ergothérapeute incorpore constamment dans le processus, les données qu'il tire de l'environnement. Dans ce système de rétroaction, le processus est adapté aux besoins du client et aux exigences du milieu auquel celui-ci choisit de se conformer.

On peut donc considérer les services d'ergothérapie comme étant un système ouvert et en interaction constante avec l'environnement dans lequel il puise des renseignements et qu'il renseigne à son tour, cet environnement étant composé du milieu familial, scolaire et professionnel, et de la collectivité du client.

3. LIGNES DIRECTRICES GÉNÉRALES RELATIVES AUX ÉTAPES DE LA PRATIQUE

Dans les sections précédentes, nous avons présenté un profil des étapes que franchit le client inscrit à un programme d'ergothérapie. Les lignes directrices générales relatives à ces étapes sont exposées ci-après. On trouvera plus loin des détails portant particulièrement sur les deux éléments clés d'un programme de soins: l'évaluation (chapitre IV) et la planification du programme (chapitre V).

a) *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA CONSULTATION*

(i) La demande de traitement envoyée au thérapeute doit provenir d'une source autorisée et être conforme à la politique du service.

(ii) Le thérapeute doit déterminer l'à-propos de la demande et l'admissibilité du client au programme d'ergothérapie. Pour ce faire, il peut procéder à un entretien ou à une révision des dossiers.

(iii) À la réception d'une demande de traitement, le thérapeute doit noter:

- o la date de réception de la demande
- o la source de la demande; et
- o la nature des services demandés.

(iv) Lorsque la demande est justifiée, le thérapeute doit procéder à une évaluation générale du client.

(v) Si la demande n'est pas justifiée, le thérapeute doit proposer des solutions de remplacement à l'auteur de la demande.

(vi) La collecte des données doit se faire dans un délai conforme à la politique du service.

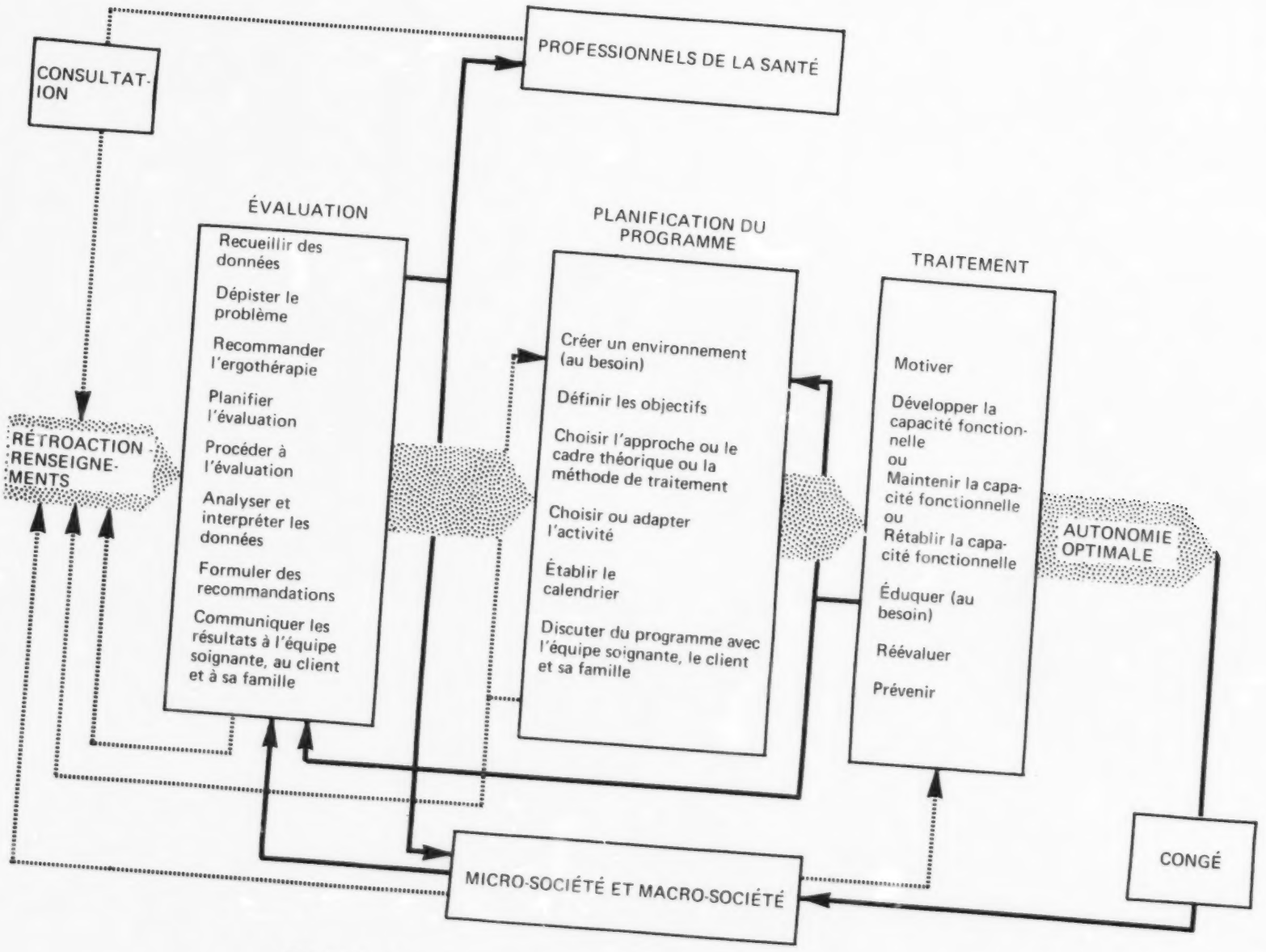

FIGURE II LE PROCESSUS D'ERGOTHÉRAPIE: UNE APPROCHE SYSTÉMIQUE

b) *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À L'ÉVALUATION*

(i) Le thérapeute doit réunir les données et définir les objectifs de l'évaluation.

(ii) Le thérapeute doit obtenir d'autres renseignements pertinents sur les antécédents personnels, professionnels et familiaux du client auprès de celui-ci, de sa famille ou des personnes intéressées.

(iii) L'évaluation globale doit comprendre une description et une appréciation des capacités et des déficits du client dans les domaines suivants:

capacité fonctionnelle
- o soins personnels
- o productivité
- o loisirs

éléments de la capacité fonctionnelle
- o activités mentales
- o activités physiques
- o activités socio-culturelles
- o activités spirituelles

milieu
- o physique
- o social
- o culturel

Le thérapeute doit enregistrer le niveau de capacité fonctionnelle du client et déterminer si une évaluation plus détaillée et plus précise s'impose.

Le thérapeute doit procéder à une évaluation complète dans le cadre de son service ou diriger le client vers d'autres spécialistes.

(iv) Le thérapeute doit analyser les données de l'évaluation, formuler son opinion sur le(s) problème(s) exposé(s) et faire des recommandations.

(v) Cette évaluation doit se faire dans un délai précis après la réception de la demande de traitement.

c) *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À LA PLANIFICATION DU PROGRAMME*

(i) Le thérapeute doit élaborer un plan de programme conforme aux données de l'évaluation et aux recommandations formulées.

(ii) Le plan de programme doit comprendre

- o un énoncé d'objectifs mesurables à court et à long terme;
- o un choix d'approche ou de base théorique appropriée aux besoins du client;
- o un choix de méthodes de traitement;
- o le calendrier de la mise en oeuvre du plan;
- o un plan de congé; et
- o un calendrier d'évaluation périodique.

(iii) Les objectifs et les modalités du plan de programme doivent être conformes

- o aux attentes du client et de sa famille;
- o aux plans de programme des autres spécialistes intéressés; et
- o aux ressources disponibles (établissements et collectivité).

(iv) Le plan de programme doit être élaboré dans un délai précis après l'évaluation.

d) *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AU TRAITEMENT*

(i) Le thérapeute doit appliquer le programme conformément au plan.

(ii) Le thérapeute doit enregistrer, à la fréquence prescrite par le service, les services d'ergothérapie fournis et les progrès du client.

(iii) Le thérapeute doit réévaluer et enregistrer régulièrement (ou selon les exigences du service) les changements dans la capacité fonctionnelle du client, ainsi que les éléments de cette capacité.

(iv) Le plan de programme doit être modifié en fonction de ces changements.

(v) Le thérapeute doit avoir des contacts réguliers (ou selon les exigences du service) avec les autres spécialistes de l'équipe et la famille du client ou les personnes intéressées;

(vi) Le thérapeute doit réviser et préciser le plan de congé.

e) *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES AU CONGÉ*

(i) Le thérapeute doit mettre fin au traitement dès que le client a atteint les objectifs fixés ou qu'il a tiré le maximum des services d'ergothérapie.

(ii) Il faut définir et préciser les modalités du plan de congé.

(iii) Le plan de congé doit tenir compte

- o des capacités et des déficits fonctionnels du client, des objectifs du programme, du pronostic, ainsi que des ressources de la collectivité; et
- o du plan de congé élaboré par les autres spécialistes intéressés.

(iv) Il faut consacrer le temps nécessaire à la coordination et à la mise en oeuvre efficace du plan.

(v) Le thérapeute doit rédiger un résumé relatif au congé conformément aux politiques du service. Ce résumé doit indiquer l'état fonctionnel du client, les objectifs atteints et non atteints, les plans de services continus et des recommandations supplémentaires.

(vi) Il faut terminer la relation client-thérapeute.

f) *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À L'OBSERVATION POSTCURE*

(i) Le thérapeute doit réévaluer l'état fonctionnel du client à intervalles appropriés après le congé.

(ii) Les résultats de la réévaluation doivent être enregistrés.

(iii) Si le client a besoin d'autres soins, le thérapeute doit l'orienter vers le service pertinent.

g) *LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À L'ÉVALUATION DU PROGRAMME*

(i) Le thérapeute doit évaluer l'efficacité et le rendement du programme par rapport

- o à la conformité aux lignes directrices applicables au processus et décrites ci-dessus; et
- o aux résultats du traitement.

CHAPITRE IV: LIGNES DIRECTRICES RELATIVES À L'ÉVALUATION

L'évaluation est une étape importante et complexe de la pratique de l'ergothérapie. Elle comprend la consignation par écrit, l'analyse et l'explication du problème constaté. Ce chapitre sur l'évaluation comporte une analyse générale intitulée "orientation", suivie d'une description des principaux éléments de l'évaluation.

ORIENTATION

L'évaluation est la première étape de la relation du thérapeute avec le client et les personnes intéressées. L'ergothérapeute évalue généralement des personnes plutôt que des familles ou des groupes. La mise en oeuvre d'un programme de traitement doit être précédée d'une évaluation préliminaire. Il faut procéder à des réévaluations à intervalles réguliers et définis pour s'assurer que le programme répond aux besoins du client.

Comme il en est question dans le CHAPITRE II: BASE THÉORIQUE, l'évaluation en ergothérapie permet de définir l'état fonctionnel d'un client dans son environnement par rapport à trois domaines fonctionnels: soins personnels, productivité et loisirs, et de quatre éléments de capacité fonctionnelle: fonctions mentales, physiques, socio-culturelles et spirituelles. (Voir l'exemple à l'annexe C.)

Les ergothérapeutes considèrent la capacité fonctionnelle en termes de forces et de déficits lorsqu'ils évaluent l'aptitude d'une personne à avoir, avec son environnement, des interactions utiles. Ces forces et ces déficits sont évalués en fonction d'une durée de vie où la biologie humaine (ex.: rapport entre la productivité et les loisirs ou les soins personnels, usage de substances psychotropes) et l'environnement sont considérés par rapport au contexte de vie de la personne.

ÉLÉMENTS D'ÉVALUATION

Une évaluation officielle doit comprendre les éléments suivants:

1. L'ENTRETIEN
2. LA RECHERCHE D'INFORMATIONS AUPRÈS D'AUTRES SOURCES
3. L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'EXÉCUTION DE TÂCHES
4. LES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS
5. LA CONSIGNATION PAR ÉCRIT DES DONNÉES DE L'ÉVALUATION

1. L'ENTRETIEN

L'entretien d'évaluation vise trois objectifs:

a) amorcer une relation thérapeutique avec le client;
b) préciser les objectifs de l'évaluation; et
c) recueillir des renseignements pertinents sur le problème constaté.

a) *LA RELATION THÉRAPEUTIQUE*

Lors de l'entretien préliminaire, le thérapeute doit tenter d'établir une relation avec le client en faisant appel à ses qualités personnelles de thérapeute. Il a été démontré que les qualités requises dans une relation d'aide (thérapeutique) sont: l'empathie, la cordialité, l'authenticité et un comportement qui ne laisse transpirer aucun jugement (Rogers 1969, Carkhuff 1969). Ces qualités doivent orienter l'application des techniques d'entretien: questionnaire, interprétation et réactions non verbales.

Le thérapeute doit être conscient des rôles que lui et le client jouent dans la relation. Par exemple, au début, le thérapeute peut jouer un rôle dominant et le client, un rôle dépendant. Ensuite, le thérapeute peut favoriser un changement de rôle et aider le client à acquérir une certaine indépendance et à prendre des décisions pendant que lui, adopte un rôle de personne-ressource.

Le thérapeute doit se mériter la confiance du client particulièrement en respectant le caractère confidentiel de leur relation. Le consentement éclairé du client à participer à cette relation d'aide est essentiel pour assurer cette confiance. Cette relation est l'élément-clé qui permettra au thérapeute de définir et de comprendre les facteurs qui réussiront à motiver ce client et qu'il importe de connaître avant de s'attaquer au problème.

b) *LA DÉFINITION DES OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION*

Le thérapeute doit impliquer le client dans le processus thérapeutique dès le contact initial et jusqu'à la fin du traitement. Il doit encourager le client à être autonome en l'aidant à comprendre ses problèmes et à assumer la responsabilité de les résoudre. Le thérapeute doit veiller à ce que le client comprenne les différentes étapes de l'évaluation et y participe.

c) *LA COLLECTE DES DONNÉES*

Les renseignements à recueillir durant un entretien et par d'autres moyens portent sur trois domaines particuliers:

(i) Les données démographiques:
nom, âge, adresse, emploi, etc.

(ii) Les renseignements pertinents sur les antécédents du client: caractéristiques personnelles par rapport à sa capacité fonctionnelle et aux éléments de cette capacité (voir la figure 1); développement, famille et anamnèse du client.

(iii) L'état actuel et le problème constaté:
l'observation et les questions permettront d'obtenir ces renseignements. Le thérapeute doit observer l'apparence du client, son attitude générale, son humeur, son affect, ses fonctions cognitives et son comportement.

L'état fonctionnel actuel est ensuite défini en fonction des mêmes catégories qui ont servi à définir l'état fonctionnel passé. Ce sont: les quatre éléments de la capacité fonctionnelle, les trois domaines de capacité fonctionnelle et les considérations environnementales (voir la figure 1). On trouvera à l'annexe A une liste d'exemples d'activités qui permettent d'établir un bilan dans chacune de ces catégories.

2. LA RECHERCHE D'INFORMATIONS AUPRÈS D'AUTRES SOURCES

La consultation d'autres sources de renseignements permettra de compléter les données recueillies au moyen de l'entretien avec le client et des tests administrés.

Les responsables de chaque service doivent définir les modalités à suivre pour assurer le respect de caractère confidentiel de la relation lorsqu'il s'agit de recueillir des renseignements auprès d'autres sources que le client.

Ces sources sont:

(i) les entretiens avec les personnes intéressées au client:
famille, amis, employeur;

(ii) les résultats des tests administrés par d'autres spécialistes:
tests psychologiques, physiques, neurologiques et autres;

(iii) les dossiers antérieurs: l'examen, autorisé par le client, des dossiers d'un établissement hospitalier, d'une clinique, d'un organisme et d'autres dossiers personnels pertinents.

3. L'ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'EXÉCUTION DE TÂCHES

L'élément le plus important de l'évaluation en ergothérapie est l'observation et la vérification de la capacité du client à exécuter certaines tâches en plus des discussions à cet égard au cours de l'entretien. Il s'agit d'un élément essentiel, puisque l'objectif de l'ergothérapie est de favoriser l'autonomie et l'exécution satisfaisante des activités qui font partie de la vie de tous les jours. Le caractère unique de l'ergothérapie est l'importance cruciale accordée au fonctionnement durant l'évaluation et le traitement.

Voici quelques exemples d'évaluation d'activités en ergothérapie:

a) Observation non standardisée, non structurée, subjective et qualitative

Le thérapeute observe une personne en fonction de critères définis (concentration, rapports avec les autres, connaissances générales) pendant que cette dernière prépare un repas, conduit une voiture ou joue au ping-pong.

b) Épreuve standardisée, structurée, objective, mesurable, quantitative

Le client peut être évalué par rapport au nombre de marches qu'il peut monter pour se rendre au deuxième étage de sa maison. On peut quantifier la capacité fonctionnelle d'un client à l'aide d'une cote numérique et comparer son état fonctionnel à intervalles donnés. On peut vérifier la capacité du client à se charger de ses soins personnels en l'observant pendant qu'il fait sa toilette, et lui accorder une cote graduée de 0 (nulle) à 5 (excellente); la notation maximale étant de 100 p. 100 pour toutes les tâches côtées au score maximal; pour comparer les progrès, on peut répéter les tests deux semaines plus tard.

Le thérapeute peut administrer des test normalisés tels que:

Test de vitesse de manipulation Minnesota
Test du développement de la perception visuelle de Marianne Frostig
Test du dessin de la personne de Harris Goodenough
Test Southern California pour l'intégration sensorielle
Test Bay Area pour la capacité fonctionnelle

4. LES CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Le thérapeute doit analyser et colliger les données recueillies. En se référant à la base théorique appliquée à l'ergothérapie (l'approche holistique, l'approche de développement, le modèle de capacité fonctionnelle), il doit structurer les données et les informations et rédiger un résumé du (des) problème(s). L'évaluation doit faire état des mesures recommandées.

L'ergothérapeute peut avoir recours à d'autres services pour documenter davantage l'évaluation, la méthode de consultation étant déterminée par l'organisme, l'établissement ou le cadre de travail du thérapeute.

5. LA CONSIGNATION PAR ÉCRIT DES DONNÉES DE L'ÉVALUATION

La consignation par écrit des données de l'évaluation doit être faite dans les délais prescrits par le service. L'évaluation doit faire l'objet d'un document distinct de celui dans lequel sont notés les progrès ou d'autres observations. Une copie du document doit être envoyée à la personne ou à l'organisme qui a demandé le traitement ou à une autre source (ex.: le dossier

central du client. Les données de l'évaluation peuvent être communiquées à d'autres que la personne qui a adressé le client, seulement lorsque le client y consent.

Le document doit comprendre un résumé de tous les renseignements donnés sous des rubriques pertinentes et faciles à lire. Voici un exemple des rubriques utilisées: données démographiques, problème constaté, sources de renseignements, résumé de l'état fonctionnel actuel, antécédents, tests utilisés, conclusions et recommandations.

CHAPITRE V: LIGNES DIRECTRICES RÉGISSANT LA PLANIFICATION

Pour que le traitement soit adapté aux problèmes et réponde aux besoins déterminés au moment de l'évaluation, il est essentiel de planifier le programme. Cette étape doit précéder celle du traitement et être répétée après chaque évaluation périodique (les problèmes et les besoins changent à mesure que se déroule le traitement). Il faut planifier le programme, que les objectifs thérapeutiques soient la prévention, le rétablissement ou le maintien de la capacité fonctionnelle.

Le plan du programme doit:

- être fondé sur une évaluation des besoins comme il est décrit au chapitre IV;
- préciser la nature des services d'ergothérapie dispensés et la façon dont ceux-ci seront intégrés aux autres services offerts au client; et
- prévoir la participation du client à l'élaboration et à l'application du plan.

De plus, les renseignements contenus dans le plan du programme doivent être distincts de ceux contenus dans les dossiers relatifs à l'évaluation et au traitement. Que le programme s'adresse à un client ou à un groupe de clients, les données contenues dans le plan sont fondamentalement les mêmes. Ces renseignements peuvent être inscrits sous les différentes rubriques ci-après. Même les plans non officiels devraient être consignés par écrit et communiqués. Qu'il s'agisse d'un plan sommaire ou détaillé, il doit contenir les données suivantes:

1. CADRE THÉORIQUE

Le cadre théorique est un ensemble de principes thérapeutiques sur lesquels s'appuie la planification du programme. Les théories sont choisies en fonction des circonstances, des ressources, de la formation et de l'expérience du thérapeute. Voici quelques exemples de domaines auxquels s'appliquent des principes thérapeutiques:

- le fonctionnement occupationnel
- les fonctions sensorielles et d'adaptation
- la fonction neuromotrice
- le comportement
- la psychodynamique

2. BUTS ET OBJECTIFS

Un objectif doit correspondre au but final d'un programme (ex.: le retour du client sur le marché du travail). Le but caractérise la mesure précise prévue, les conditions établies et le résultat attendu. Par exemple, l'augmentation de la tolérance au travail peut constituer un objectif.

3. TRAITEMENT INDIVIDUEL OU EN GROUPE

Le plan doit préciser à quel moment du traitement le client sera vu seul ou avec d'autres. Certains clients ne reçoivent qu'un service, tandis que d'autres en reçoivent plusieurs et les traitements peuvent être donnés individuellement ou en groupe. L'objectif de chaque groupe (expression, aptitudes sociales, motivation, tâche) doit être précisé.

4. DURÉE ET FRÉQUENCE

Il faut mentionner la durée et la fréquence des séances avec les clients (ex.: une heure par jour, un après-midi par semaine).

5. RESPONSABLES

Le nom des responsables de la mise en oeuvre du plan doit être indiqué. Il peut s'agir ou non des personnes qui ont effectué l'évaluation. Il se peut que des personnes autres que l'ergothérapeute se chargent de certaines parties du programme.

6. ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES RECOMMANDÉES

Les activités choisies doivent être conformes au cadre théorique. Il faut préciser le domaine général d'activité, plutôt que le moyen. Les activités doivent être reliées au problème de dysfonctionnement. Par exemple, dans le cas d'un artisan, l'ergothérapeute peut avoir recours à des activités professionnelles.

Les étapes que traversera le client pour atteintre les objectifs et les buts fixées doivent être indiquées dans le plan du programme. Elles doivent faciliter l'apprentissage de connaissances et de techniques nouvelles (ex.: activités simples et complexes appropriées aux situations).

7. RESSOURCES

Le thérapeute doit préciser le genre de matériel, de fournitures et d'installations nécessaires à la mise en oeuvre du programme.

8. CONSIDÉRATIONS FINANCIÈRES

Au Canada, les services d'ergothérapie offerts dans un établissement hospitalier ou scolaire ou dans un centre de services sociaux sont généralement gratuits. L'ergothérapeute qui planifie un programme de traitement doit tenir compte des frais que devra assumer l'établissement. Cependant, dans le cadre de certains programmes communautaires et dans certains établissements, l'ergothérapeute doit planifier le programme en tenant compte des frais modérateurs.

Il devra également prévoir les frais que devra assumer le client qui participera à un programme de traitement. Ces frais sont souvent liés à l'utilisation du matériel, aux services de soutien et au transport.

9. RÉVISION DU PROGRAMME

Le genre et le mode de révision et la fréquence à laquelle elle est exécutée doivent être indiqués dans le plan du programme. Par exemple, il se peut que le niveau de capacité fonctionnelle du client dans différents domaines soit réévalué quotidiennement, s'il participe à un programme de soins pour malades en phase aiguë ou, mensuellement, dans le cadre d'un programme de soins de longue durée (voir le chapitre IV).

Il peut s'agir d'un plan sommaire ou détaillé. Nous insistons sur l'importance de l'établissement d'un plan, peu importe la nature du programme thérapeutique. Le plan doit servir de lien entre l'évaluation et la mise en oeuvre et indiquer les raisons des mesures prises par le thérapeute.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCE

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES: "Occupational Therapy - Occupational Profile Working Guide Toronto, 1980.

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES: "Standards for the Education of Occupational Therapists in Canada Toronto, 1982.

CONSEIL CANADIEN D'AGRÉMENT DES HÔPITAUX: Normes pour l'agrément des établissements de santé du Canada, Toronto, 1977.

CAPLAN G.: "Principles of Preventive Psychiatry". Basic Books. New York, 1964.

CARKHUFF RR: "Helping and Human Relations". Vol. I: "Selection and Training". Vol. II: "Practice and Research". Holt Rinehart and Winston. New York, 1969.

CARLSON RJ: "The Future of Health Care in the United States". In A.C. Hastings, J. Fadiman, J.S. Gordon (Eds.): "Health for the Whole Person": "The Complete Guide to Holistic Medicine". Westview Press. Bolder Colorado, 467-9, 1980.

CYNKIN S: "Occupational Therapy: Toward Health Through Activities". Little Brown, Boston, 1979.

CLARK PN: "Human Development Through Occupation: Theoretical Frameworks in Contemporary Occupational Therapy", 33:8, 505-514, 1979.

CLARK PN: "Human Development Through Occupation: A Philosophy and Conceptual Model for Practice". Part 2. "American Journal of Occupational Therapy", 33:9, 577-585, 1979.

DONABEDIAN A: "Evaluating the Quality of Medical Care". Millbank Memorial Fund Quarterly, 44: Suppl. 166-206, 1966.

DUVAL: "The Development Framework". In F.I. Nyr, FM Berardo (Eds.): "Emerging Comparative Frameworks in Family Analysis". Macmillan. New York, 1966.

GORDON JS: "The Paradigm of Holistic Medicine". In A.C. Hastings, J. Fadiman, J.S. Gcrdon (Eds): "Health for the Whole Person: The Complete Guide to Holistic Medicine". Westview Press, Bolder Colorado, 3-27, 1980.

KIELHOFNER G., BURKE JP: "A Model of Human Occupation". Part I: "Conceptual Framework and Content". American Journal of Occupational Therapy, 34:9, 572-581, 1980.

LALONDE M: "Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 1974.

LLORENS L: "Facilitating Growth and Development, The Promise of Occupational Therapy". American Journal of Occupational Therapy 24. 1-9, 1970.

MOORE JC: "Individual Differences and The Art of Therapy". American Journal of Occupational Therapy, 31:10, 663-665, 1977.

MORIER FB, ET COL: "Guide d'évaluation de stage", École de réadaptation, section d'ergothérapie, Faculté de Médecine, Université de Montréal, Montréal, 1979.

MOSEY AC: "A Model for Occupational Therapy". "Occupational Therapy in Mental Health", 1, 11-32, 1980.

PURTILLO RB, CASSEL CK: "Ethical Dimensions in the Health Professions". WB Saunders. Philadelphia, 1981.

REILLY M: "Occupational Therapy can be one of the great ideas of the 20th century medicine". American Journal of Occupational Therapy, 16, 1962.

REILLY M: "The Educational Process". American Journal of Occupational Therapy, 23, 399-307, 1969.

ROGERS C: "Freedom To Learn". Merrill, Ohio, 1969.

ROSOVSKY LE: "The Canadian Patients Book of Right". Doubleday, Toronto, 1980.

SCHVANEVELDT JD: "The Interaction Framework in the Study of the Family". In FI Nye. FM Berardo, (Eds): "Emerging Comparative Frameworks in Family Analysis". 97-129, MacMillan, New York, 1966.

SMITH E: "The crest says". Canadian Journal of Occupational Therapy, 31:1, 3-4, 1964.

SOLOMON P: "The Triune Concept". In BP Albright, P. Albright: "Body Mind and Spirit" (eds): "The Journey Toward Health and Wholeness". Stephen Greene Press. Vermont, 1980.

STEEL K: "Evaluation of the geriatric patient". In W. Reichel (Ed.) "Topics in Aging and Long Term Care". Williams and Wilkins, Baltimore, 1-10, 1981.

TRENT M: "Story Behind the Badge". The Vocational Bulletin. Department of Soldiers Civil Reestablishment, juin 2-5, 1919.

BIBLIOGRAPHIE CHOISIE

BRIDLE MJ: "Profile of an Occupational Therapist Revisited". Canadian Journal of Occupational Therapy 48:3, 107-113, 1981.

BROOK RH, APPEL FA: "Quality of Care Assessment: Choosing a Method for peer review". New England Journal of Medicine, 288:1323-1329, 1973.

BUTLER FC: "The Concept of Competence: An Operational Definition". Educational Technology, 7-19, 1978.

ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES: "Standards for Occupational Therapy Services Toronto, 1982.

CARKHUFF R: "The Art of Problem Solving". Human Resources Development Press, 1973.

CARKHUFF R. PIERCE R: "The Art of Helping: Trainer's Guide". Human Resource Development Press.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL: Rapport d'un groupe de travail - Lignes directrices pour la pratique de l'orthophonie et de l'audiologie, Ottawa, 1980.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ NATIONALE ET DU BIEN-ÊTRE SOCIAL ET ASSOCIATION CANADIENNE DES ERGOTHÉRAPEUTES: Rapport d'un groupe de travail - vers une évaluation de la qualité des soins en physiothérapie, Ottawa, 1980.

GRAY M: "Competency assurance: Applying the Concept." American Journal of Occupational Therapy, 31:9, 580-581, 1977.

GRAY MS: The Final Report on the Aota Continuing Competency Project: American Occupational Therapy Association, Rockville, Maryland, 1976.

HAMMEKE PL, GANTI, AR: "A Method of Quality Control in Occupational Therapy". American Journal of Occupational Therapy, 28:3, 154-157, 1974.

IDZIKOWSKI C, LANDERS M: "Revised Peer Review System": American Journal of Occupational Therapy, 31:9, 582-583, 1977.

LA CORPORATION PROFESSIONNELLE DES ERGOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC, MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DE LA MAIN-D'OEUVRE (QUÉBEC): Analyse de la profession d'ergothérapeute. 1980 (Non publiée).

LANDERS MS: "Peer Review and Record Review Systems". American Journal of Occupational Therapy, 29:4, 226-228, 1975.

LEWIS CE: "The Quandry of Quality: Incompetence among the excellent". American Journal of Occupational Therapy, 27:2, 59-63, 1973.

MANSFIELD M: "Roles of Psychiatric Occupational Therapists and Preparation of Generic Audit Criteria". Quarterly Review Bulletin, avril, 8-12, 1978.

McAULIFFE WE: "Measuring the Quality of Medical Care Process Versus Outcome". Millbank Memorial Fund Quarterly, 57:1, 118-147, 1979.

MOSEY AC: "An Alternative: The Biopsychosocial Model". American Journal of Occupational Therapy, 28: 137-140, 1974.

OSTROW PC: "Peer Review in Occupational Therapy". Quality Review Bulletin, juin, 12-17, 1977.

PHANEUF MC: "The Nursing Audit: Self Regulation in Nursing Practice". Appleton Century Crofts, New York, 1976.

REED K, SANDERSON SR: "Concepts of Occupational Therapy". Williams and Wilkins, Baltimore, 1980.

ROSENTHAL G: "Assessing the Quality of Medical Care". Medical Care XV: 9, 1-15, 1977.

ROSNAY J DE: Le macroscope: vers une vision globale. Collection Points. Éditions du Seuil, Paris, 1975.

SPELBRING LM: "Outcome Measures in Occupational Therapy ... The Quality Assurance Method of Choice? American Journal of Occupational Therapy, 30:9, 539:540, 1976.

STANDARDS FOR OCCUPATIONAL THERAPISTS PROVIDING DIRECT SERVICE: American Journal of Occupational Therapy, 28:4, 237, 1974.

STATISTIQUE CANADA: Valeurs unitaires pour les traitements d'ergothérapie au Canada, 1979.

WILSON MA: "A Competency Assurance Program". American Journal of Occupational Therapy, 31:9, 573-579, 1977.

ANNEXES A à C

ANNEXE A

EXEMPLES D'INTERACTION DANS UN MODÈLE DE CAPACITÉ FONCTIONNELLE

(a) Domaines de fonctionnement occupationnel

Soins personnels

- soins de l'apparence
- hygiène personnelle
- toilette
- repas
- habillage
- mobilité
- bain
- conduite d'une voiture

Productivité

- jeu (enfants)
- travail scolaire
- travail rémunéré
- travail bénévole
- travail domestique

Loisirs

- passe-temps
- utilisation du temps libre
- utilisation des ressources communautaires
- animaux domestiques
- intérêts culturels
- participation à des activités récréatives et sportives
- clubs et groupes
- spectacles et activités sociales
- activités créatives
- collection
- intérêts naturistes
- jeu
- bénévolat

(b) Éléments du fonctionnement occupationnel

Activité mentale

- fonction cognitive (mémoire, orientation, concentration, intellect, introspection, jugement, connaissances générales)
- humeur et affect (pertinence, niveau)
- comportement (convenance, contrôle)
- perception (conscience de la réalité, perception visuelle)

contenu de la pensée (lucidité, pertinence, organisation, compulsion)
mécanismes de défense (ex: négation, projection)
réaction ou adaptation au dysfonctionnement
image du corps
volition dans les pensées et le comportement

Activité physique

amplitude articulaire
force et tonicité des muscles ou des groupes de muscles, particulièrement ceux qui contribuent à l'exécution de tâches fonctionnelles telles que tendre la main, monter un escalier
coordination, équilibre, mouvements involontaires (ex: tremblement, spasticité, etc.)
endurance
sensibilité (vérification des limites fonctionnelles attribuables à des troubles sensoriels - toucher, douleur, pression, vision, audition, goût, vibration, sensibilité proprioceptive, kinesthésie et stéréognosie)
apparence (difformité, oedème, marques - particulièrement par rapport aux fonctions auxquelles elles nuisent)
douleur (nature de la douleur, algohallucinose, douleur irradiée)

Activité socio-culturelle

participation aux activités communautaires
relations familiales
relations amicales
répercussions des problèmes du client sur ses rapports avec sa famille et son entourage

Activité spirituelle

sentiment d'avoir une raison de vivre
source de motivation intérieure
présence d'un système de croyances et d'une échelle de valeurs

(c) Milieu physique, social et culturel

Lorsqu'il analyse le milieu de son client, le thérapeute doit tenir compte de nombreux facteurs dont voici quelques exemples:

Milieu physique

accès du fauteuil roulant à l'intérieur ou à l'extérieur
emplacement de la chambre, de la salle de toilette, de la cuisine, de la salle de séjour (distance, escaliers)

genre et état des parquets, mobilité, espace, configuration et distance pour atteindre les vêtements, les articles de cuisine, etc., (ex: caractéristiques d'économie d'énergie)
disponibilité des moyens de transport

Milieu social

parents ou personnes intéressées vivant à la maison
possibilité d'aide durant la journée ou la nuit
compagnons, amis ou autres personnes ressources

Milieu culturel (croyances, aspirations, coutumes et échelle de valeurs)

intérêt des autres membres de la famille ou du groupe d'amis
attentes concernant le travail, l'autorité dans la famille, le rôle, le comportement
activités auxquelles il faut participer pour être accepté des autres
attitudes du client à l'égard de la maladie ou du handicap
remèdes et méthodes concernant la maladie ou le handicap (ex: médecine locale)

ANNEXE B

MARCHE À SUIVRE POUR LA MISE SUR PIED D'UN SERVICE D'ERGOTHÉRAPIE

1. Obtenir des exemplaires de l'énoncé de principes, de buts et d'objectifs de l'employeur.

2. Rédiger un énoncé général des principes, des buts et des objectifs du service d'ergothérapie qui doivent être conformes aux principes, aux buts et aux objectifs de l'employeur.

3. Définir les caratéristiques et les besoins des populations qui pourraient avoir besoin des services d'ergothérapie et préciser la quantité de ces besoins.

4. Établir la structure opérationnelle du service d'ergothérapie:

   (a) déterminer l'emplacement du service (ex: département de pédiatrie, hôpital de jour, clinique externe d'orthopédie, clinique de réadaptation fonctionnelle de la main);

   (b) évaluer les besoins en personnel (spécialisé et de soutien) de chaque sphère de service;

   (c) rédiger la description des postes de ces employés et préciser les connaissances, l'expérience et les compétences spécialisées requises;

   (d) définir la nature et la quantité des fournitures et du matériel, de même que les mesures de sécurité nécessaires à la prestation des services;

   (e) définir les besoins en services de secrétariat;

   (f) définir l'espace nécessaire aux services mentionnés aux sous-alinéas a à e, en tenant compte:
      (i) de l'emplacement par rapport aux chambres des malades et aux autres services et locaux affectés aux programmes connexes; et
      (ii) des aménagements à prévoir pour permettre aux employés spécialisés et au personnel de soutien de travailler efficacement et en toute sécurité.

5. Élaborer des directives régissant la prestation de services d'ergothérapie particuliers pour cet employeur et incluant:

   a) un énoncé général des critères de consultation conformes à la politique de l'organisme; rédiger des critères plus détaillés concernant chacun des services, selon les besoins particuliers;

b) les modalités à suivre pour adresser des clients vers le service d'ergothérapie, allant des directives générales applicables à tous les types de consultation aux directives particulières concernant les catégories spéciales de consultation (ex: demandes de traitement "permanentes", orientation d'un client vers une équipe multidisciplinaire comprenant un ergothérapeute, demandes provenant de médecins de "l'extérieur");

c) des directives générales relatives à l'enregistrement et au traitement des demandes de services d'ergothérapie;

d) un énoncé général sur la priorité à accorder aux demandes de traitement; l'établissement et l'administration des listes d'attente, les lignes directrices relatives au refus ou à l'interruption d'un service, pour aider le personnel à faire face au surplus de demandes, aux demandes inopportunes et aux congés qui posent des problèmes;

e) des énoncés sur les modalités relatives au congé et à l'observation postcure, aux visites de postobservation à domicile, à l'orientation des clients vers des organismes de l'extérieur, etc.;

f) les directives générales concernant la documentation à établir durant un traitement d'ergothérapie: enregistrement des données relatives aux évaluations, aux traitements, aux résultats, au congé et à l'observation postcure, les règlements relatifs à la tenue des dossiers médicaux conformément à la loi en vigueur et aux règlements prescrits par l'établissement et à la tenue des autres dossiers pertinents et utiles au traitement en cours, à l'enseignement, à l'évaluation des programmes et à la recherche.

6. Rédiger un exposé des objectifs et des modalités applicables à chaque service mentionné et comprenant:

a) les protocoles d'évaluation et de traitement des principaux groupes de diagnostics dans ces services (ex: plans de traitement courants);

b) les mesures assurant la sécurité des malades et du personnel (ex: techniques de transfert approuvées, urgence médicale);

c) la marche à suivre pour obtenir le matériel et les services de soutien nécessaires aux clients: orthèses, évaluation professionnelle, soins infirmiers à domicile;

d) les directives relatives à l'établissement des coûts et à la facturation des services remboursables, et aux assureurs de tiers.

7. Élaborer une série d'énoncés généraux et particuliers concernant les services indirects: ex: enseignement clinique, recherche, programmes d'activités d'appoint (divertissement, récréation) services d'appareils

adaptés offerts aux clients et aux organismes de l'extérieur, atelier protégé, services directs (soins à domicile, services de consultation).

8. Mettre au point un système d'information qui permettra

   a) de définir la nature et le nombre des services offerts par le personnel (au besoin, utiliser le système de valeurs unitaires de Statistique Canada);

   b) de définir les caractéristiques de la population dirigée vers les services d'ergothérapie et des bénéficiaires de ces services;

   c) d'élaborer (à l'aide des renseignements indiqués aux sous-alinéas a et b) une base de données applicables à l'affectation et au développement des ressources, (rapport personnel-malades, programmes nouveaux et élargis, modification des programmes), à l'évaluation des programmes, à la charge de travail du personnel (services directs et indirects), à l'enseignement clinique et à l'éducation permanente.

9. Mettre au point des méthodes d'évaluation de programmes concernant chaque activité majeure décrite; ex: vérification des dossiers du client, validation des méthodes d'évaluation et de leur application (mesures, examen courant et rétrospectif du programme de traitement par les collègues, analyse des résultats.

   a) Ces évaluations devraient être intégrées au protocole et au rapport par écrit de chaque activité principale.

   b) Les rapports d'évaluation de programme devraient être soumis régulièrement à l'administration et prévoir la révision et la réévaluation des méthodes appliquées.

   c) Le personnel devrait pouvoir bénéficier de programmes de formation en cours d'emploi fondés sur les rapports d'évaluation qui lui permettront d'éliminer les lacunes des méthodes appliquées, de perfectionner ses connaissances et de se tenir au fait des progrès scientifiques.

   d) Définir les domaines où la recherche clinique s'impose.

ANNEXE C

EXEMPLE D'UN CLIENT
PARTICIPANT À UN PROGRAMME D'ERGOTHÉRAPIE

DEMANDE DE TRAITEMENT

Nom de la personnes qui a adressé le malade

DATE DE LA DEMANDE:
DATE DE RÉCEPTION DE LA DEMANDE:
PERSONNE QUI REÇOIT LA DEMANDE:

NOM:	Jean Clément
ÂGE:	45 ans
EMPLOI:	sans emploi, autrefois menuisier
ADRESSE:	ville, province (adresse ou case postale)
TÉLÉPHONE:	domicile
PERSONNE À CONTACTER:	nom, adresse et numéro de téléphone de la fille du client
SITUATION FAMILIALE:	vit avec sa fille (veuf depuis trois mois, reçoit de l'aide sociale)
PROBLÈME JUSTIFIANT LA DEMANDE:	Depuis quelques semaines, le sujet est extrêmement maussade, coléreux et obstiné à l'égard de sa fille, il refuse d'essayer de voir seul à ses besoins personnels ou de contribuer aux tâches de la maison. Sa jambe droite a été amputée au-dessus du genou, il y a trois ans. Se montre violent à l'occasion et menace de se suicider.
DEMANDE AU SERVICE D'ERGOTHÉRAPIE:	Évaluation de l'état émotif et du niveau de capacité fonctionnelle; programme de traitement visant à améliorer l'état émotif et physique.

SIGNATURE DE L'AUTEUR DE LA DEMANDE

ÉVALUATION

Voir les directives au chapitre IV.

1. L'ENTRETIEN

(a) Relation client-thérapeute

Sans porter de jugement, le thérapeute indique au client qu'il comprend et accepte sa colère et ses autres sentiments. Sa sincérité à essayer de comprendre la motivation du comportement du client doit être évidente.

(b) Objectif précis de l'évaluation

L'évaluation vise à définir la façon dont M. Clément se perçoit et le sens qu'il donne à sa vie en tant qu'homme sans emploi et handicapé physique. Sa capacité fonctionnelle actuelle et possible sera analysée. Une discussion au sujet de la mort de sa femme pourrait être amorcée.

(c) Collecte des renseignements

(i) Données démographiques;
(ii) Antécédents: réactions du client à l'égard de son dysfonctionnement passé; rôles et rapports familiaux, sentiment d'avoir un but dans la vie;
(iii) État actuel et problèmes constatés dans les domaines décrits ci-après.

2. DOMAINES DE LA CAPACITÉ FONCTIONNELLE

Soins personnels:	autonomie physique suffisante pour permettre au client de s'habiller, de prendre un bain, de faire sa toilette, de se mettre au lit, d'utiliser un fauteuil roulant ou un appareil pour se déplacer, de monter des escaliers, de conduire une voiture, de dresser le couvert et de préparer un repas; réaction émotive face à l'autonomie; façon dont sa fille perçoit son autonomie.
Productivité:	aptitudes physiques en vue d'un emploi futur; attitude, capacité d'adaptation, comportement et contrôle du sentiment de colère; aptitude à avoir des relations constructives avec les collègues de travail.
Loisirs:	aptitude à participer à des activités de loisirs; motivation et attitude permettant de s'adapter aux activités de loisirs.

3. ÉLÉMENTS DU FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL

Activités physiques	amplitude articulaire du moignon, de l'autre jambe, de la colonne lombaire (par rapport à la capacité de se déplacer);
	amplitude articulaire des membres supérieurs, du cou, de la colonne dorsale (si le client utilise des appareils pour se déplacer, comme des béquilles);
	force du moignon, de l'autre jambe, des membres supérieurs (par rapport à sa capacité de déplacement);
	troubles sensoriels dans le moignon, particulièrement algohallucinose, hypersensibilité au toucher et à la pression;
	apparence du moignon (oedème, peau);
	équilibre en position assise et debout;
	endurance dans le déplacement;
Activités mentales	image du corps et perception de soi comme amputé;
	adaptation à l'amputation - résolution du deuil consécutif à la perte d'un membre et de son fonctionnement;
	capacité d'adaptation aux changements et aux limites physiques;
	humeur et affect courants;
	résolution du deuil relatif à la perte de sa femme et aux répercussions sur son propre avenir;
	caractéristiques personnelles démontrées par son comportement antérieur, ses antécédents dépressifs et sa façon d'y faire face.
Activités socio-culturelles	relations père-fille; participation aux activités communautaires;
	amitiés;

attitudes face à un homme sans emploi et handicapé.

Activités spirituelles

perception que se fait le client de son avenir-quelle raison de vivre peut-il avoir dans son état? À quel schème de croyances se rattache-t-il pour se sentir utile?

sens de la vie et de la mort (analyser les facteurs liés à la menace de suicide);

source de l'anomie.

4. RECHERCHE DE RENSEIGNEMENTS AUPRÈS D'AUTRES SOURCES

Il serait utile d'interviewer la fille pour préciser son rôle et sa relation avec son père.

Les tests psychologiques passés peuvent aider à découvrir les caractéristiques personnelles qui influent sur la capacité d'adaptation à l'invalidité. L'examen des dossiers antérieurs et actuels établis par des infirmières, des médecins et des physiothérapeutes peut aider à préciser l'état physique et psychologique du client.

5. ÉVALUATION DE LA CAPACITÉ D'EXÉCUTER DES TÂCHES

On peut également évaluer les domaines de la capacité fonctionnelle et les éléments de cette capacité en invitant le malade à exécuter certaines tâches. On peut le soumettre à l'une ou l'autre des épreuves suivantes.

Épreuves qualitatives: Observation du comportement, de l'attitude et des aptitudes face à diverses situations et dans l'exécution de diverses activités liées aux soins personnels, au travail et aux loisirs. Test projectif permettant de préciser l'état émotif et le degré de motivation.

Épreuves quantitatives: Amplitude articulaire et force musculaire du moignon. Évaluation de la formation professionnelle en vue d'un emploi futur, en termes de capacités physiques, d'état émotif et d'habitudes de travail.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

En accord avec le client, il faut:

- o vérifier la précision des renseignements recueillis;
- o utiliser ces renseignements pour aider le client à définir son problème, à en comprendre les causes cachées et à mettre en lumière les facteurs qu'il faut modifier pour le résoudre.

Le principal problème de cet homme de 45 ans semble être son comportement incontrôlé, exigeant et agressif attribuable à des sentiments d'anomie et d'inutilité. Les facteurs responsables sont:

la personnalité dépendante et le manque de maturité du sujet;
les pertes majeures;
l'absence de raison de vivre et de motivation à l'égard de l'avenir;
le manque de mobilité causé par l'utilisation peu fréquente de la prothèse;
le sentiment de culpabilité et de dépendance du sujet à l'égard de sa fille empêchant celle-ci de faire face positivement au comportement de son père.

Dans ce cas, on pourrait recommander:

a) de faire participer le client à un programme d'ergothérapie qui lui apprendrait à augmenter sa capacité fonctionnelle et à faire face à ses problèmes émotifs comme le décès de sa femme et la perte de l'utilisation de sa jambe et d'autres activités; il faudrait également tenir compte du problème d'anomie;

b) de mettre le client en contact avec d'autres amputés qui ont réussi à s'adapter à leur invalidité;

c) de faire participer la fille au programme d'activité de son père;

d) d'offrir les services d'ergothérapie dans un centre de réadaptation, à la maison et dans la collectivité, pour faciliter l'adaptation;

e) de prévoir une psychothérapie plus intense; et des traitements de physiothérapie, s'il est nécessaire de réapprendre au client à se déplacer.

7. CONSIGNATION PAR ÉCRIT DES DONNÉES DE L'ÉVALUATION

Les données de l'évaluation peuvent être consignées sous les rubriques relatives aux quatre éléments de la capacité fonctionnelle et aux trois domaines de cette capacité. On peut consigner ces renseignements sous la forme d'un résumé écrit, d'une liste ou d'une formule de contrôle.

PLANIFICATION DU PROGRAMME

La formule d'inscription des plans de programme peut varier; cependant, chaque plan doit comprendre les renseignements indiqués au chapitre V intitulé: LIGNES DIRECTRICES RÉGISSANT LA PLANIFICATION DU PROGRAMME. De même, le plan du programme doit comprendre les buts et les objectifs établis d'après les recommandations notées dans l'évaluation. Il peut s'agir de buts et d'objectifs nombreux. L'exemple de plan ci-après présente un objectif que le client pourrait avoir.

E X E M P L E D E P L A N

1. CADRE THÉORIQUE -
   LE MODÈLE DU FONCTIONNEMENT OCCUPATIONNEL EST UTILISÉ.

2. BUTS ET OBJECTIFS -

Buts

Le thérapeute analysera l'état émotif actuel du client avec ce dernier, ce qui favorisera l'expression constructive et libre des sentiments par l'activité.

Objectifs

(De nombreux objectifs peuvent se greffer au but mentionné; un objectif du client est décrit).
Le client sera en mesure d'exprimer ses sentiments face au décès de sa femme.

3 et 4. GENRE DE TRAITEMENT, DURÉE ET FRÉQUENCE

Le client doit être vu individuellement une heure par jour pendant deux semaines, à la suite desquelles son état émotif sera réévalué.

5. RESPONSABLE

Le thérapeute peut d'abord adopter une attitude compréhensive et protectrice et ensuite, encourager le client à devenir davantage maître de ses sentiments et à acquérir plus de maturité.

6. ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE

L'activité thérapeutique favorisera la réflexion, l'introspection et l'expression des sentiments.

La discussion peut porter sur des albums de photos et des souvenirs.

Il peut s'agir d'un petit projet de menuiserie qui symboliserait une certaine facette du passé et des rapports du client avec sa femme (par exemple, la construction d'un objet qu'elle aurait aimé qu'il fasse pour elle); ce projet peut également avoir un autre but et permettre au client de tirer profit de ses compétences antérieures pour développer de nouveaux intérêts et occuper ses moments de loisir.

7. RESSOURCES

Il faut prévoir des travaux de menuiserie appropriés et un local tranquille.

8. COÛT

Aucun frais n'est à la charge directe du client tant qu'il est hospitalisé; s'il participe à un programme communautaire après son congé de l'établissement hospitalier, des frais peuvent être exigés, selon le service communautaire.

9. EXAMEN DU PROGRAMME DE TRAITEMENT

L'efficacité du programme d'ergothérapie doit être évaluée (à intervalles réguliers) et à la fin de la participation du client.

Il faut également tenir compte de facteurs tels que le rôle des autres services en cause et l'effet thérapeutique du milieu hospitalier.

POOR

QUALITY

ORIGINAL